UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 93

INDICATIONS ET RÉSULTATS

DE LA

CÉSARIENNE BASSE

A BORDEAUX

EN DEHORS DES DYSTOCIES OSSEUSES ET DU PLACENTA PRÆVIA

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 17 février 1936

PAR

Maurice-James FORGEAUD

Externe des Hôpitaux

Né à LA ROCHETTE (Charente), le 13 octobre 1911

Examinateurs de la Thèse

MM. PERY, professeur .... *Président.*

ANDÉRODIAS, professeur ... } *Juges.*

FAUGÈRE, agrégé..... } *Juges.*

RIVIÈRE, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1936

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543912_0011

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 93

INDICATIONS ET RÉSULTATS

DE LA

CÉSARIENNE BASSE

A BORDEAUX

EN DEHORS DES DYSTOCIES OSSEUSES ET DU PLACENTA PRÆVIA

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 17 février 1936

PAR

Maurice-James FORGEAUD

Externe des Hôpitaux

Né à LA ROCHETTE (Charente), le 13 octobre 1911

Examinateurs de la Thèse

MM. PERY, professeur .... *Président.*

ANDÉRODIAS, professeur .. . } *Juges*

FAUGÈRE, agrégé..... }

RIVIÈRE, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	DAMADE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DE GRAILLY.	Physique médicale	WANGERMEZ
id.	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM
Physiologie	FABRE.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine opératoire	PAPIN.	Physique médicale et pharmaceut que	WANGERMEZ
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Puériculture	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé)

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui so présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE

A MA MERE

A TOUS LES MIENS

FORGEAUD.

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

STAGE

Monsieur le Professeur agrégé CHARRIER
Monsieur le Professeur MICHELEAU
Monsieur le Professeur ANDERODIAS

EXTERNAT

Monsieur le Docteur DELGUEL
Monsieur le Professeur TEULIERES
Monsieur le Docteur CHARBONNEL
Monsieur le Docteur LEFEVRE
Monsieur le Professeur ABADIE
Monsieur le Professeur SABRAZES
Monsieur le Professeur PERY
Monsieur le Docteur E. DUBOURG
Monsieur le Docteur LACOUTURE

A MES JUGES

A MON MAÎTRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. PERY

Accoucheur des Hôpitaux,
Chirurgien en chef de la Maternité,
Officier de l'Instruction publique.

AVANT-PROPOS

Si, après bien d'autres, à la veille de quitter cette Faculté, un certain sentiment de tristesse nous étreint, par contre c'est pour nous un agréable devoir que d'exprimer notre reconnaissance à tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.

Notre gratitude va plus particulièrement à ceux qui nous ont enseigné l'art des accouchements.

Tout d'abord à M. le Professeur Andérodias, qui, avec une inlassable patience, a guidé nos premiers pas sur le chemin de l'obstétrique et nous a largement ouvert les dossiers de la Clinique d'accouchements, où la matière de cette thèse a été en partie puisée.

Ensuite à notre maître, M. le Professeur Péry, qui, à la Faculté, puis à la Maternité de Pellegrin, nous a dirigé de sa paternelle autorité et nous a confié ce travail.

Enfin, à MM. les Docteurs Boursier et Balard, dont la rencontre dans les hôpitaux et les conseils ont été pour nous d'un grand profit.

INDICATIONS ET RÉSULTATS

DE LA

CÉSARIENNE BASSE

A BORDEAUX

EN DEHORS DES DYSTOCIES OSSEUSES

ET DU PLACENTA PRÆVIA

INTRODUCTION

Longtemps, l'opération césarienne ne reconnut comme indications que les obstacles mécaniques opposés à la sortie du fœtus : rétrécissement du bassin, puis tumeurs prævia.

Dès 1905, elle est appliquée au traitement du placenta prævia. Ses indications s'accroissent encore dans les années qui vont suivre, ainsi qu'en font foi les rapports et les communications des accoucheurs français ou étrangers.

En 1921, Henrotay, faisant le point de la question, donne une bonne classification des indications de la césarienne.

A part de rares exceptions, l'opération césarienne haute était alors seule pratiquée. Elle comportait un pronostic assez sévère : 4 à 6 p. 100 de mortalité maternelle relevant surtout de l'infection. Aussi on hésitait à envisager les indications relatives basées sur l'intérêt fœtal seul.

Prises entre les risques de l'intervention et le désir de sau-

vegarder le « droit à la vie » de l'enfant, la chirurgie obstétricale marqua alors un temps d'arrêt.

Comme l'écrit Rocmans, « elle attendait une méthode qui permît d'entreprendre une opération conservatrice sans risques excessifs, elle avait besoin d'une opération césarienne qui permît de faire l'épreuve du travail ».

Cette méthode nouvelle, ce fut la césarienne basse suprasymphysaire transpéritonéale.

Introduite en France par Shickelé, codifiée et diffusée par Brindeau, elle imprima à la question une physionomie toute nouvelle. « J'ai l'impression, disait Schickelé dans sa leçon d'ouverture, que nous sommes à la veille de réaliser un progrès sérieux dans l'art obstétrical, nous allons sauver maint enfant sans compromettre sensiblement la vie de la mère. »

Paroles d'espoir qui sont en voie de réalisation de plus en plus parfaite.

Césarienne haute et césarienne basse ont été opposées l'une à l'autre. Actuellement, après quinze années d'expérience, l'avis des accoucheurs est unanime.

La première ne reconnaît plus que des indications exceptionnelles : comme premier temps d'une hystérectomie, adhérences très serrées interdisant au cours d'une césarienne itérative l'accès du segment inférieur, etc.

La seconde, par son innocuité relative, ses résultats et sa diffusion, a mérité le qualificatif de classique, que certains ont naguère réclamé pour elle.

L'examen des statistiques des césariennes suprasymphysaires pratiquées dans les diverses maternités montre que depuis l'emploi courant de cette méthode, les indications opératoires se sont élargies considérablement; les plus fréquentes sont fournies par les dystocies pelviennes; les règles de l'intervention dans ce cas sont actuellement bien édictées; après elles vient le placenta prævia, dont l'étude peut être considérée comme autonome et qui a donné lieu à de nombreux travaux.

En dehors de ces deux grands chapitres, il existe de nom-

breuses circonstances dans lesquelles l'accouchement s'est terminé par césarienne basse avec des résultats très appréciables pour la mère et pour l'enfant.

C'est pourquoi, sur les conseils de notre maître M. le Professeur J. Péry, il nous a semblé intéressant de rassembler tous les cas opérés par césarienne basse jusqu'à ce jour, tant à la Clinique qu'à la Maternité, en dehors des dystocies osseuses et du placenta prævia.

Dans cette revue d'ensemble, nous nous proposons de résumer les indications, d'en faire la critique, de noter les résultats.

PLAN

Nous laissons donc de côté les cas où la césarienne basse a été pratiquée pour placenta prævia ou pour viciation pelvienne, soit que la viciation pelvienne ait été la seule cause de la dystocie, soit qu'elle en ait été la cause majeure, autrement dit à elle seule elle aurait suffi à justifier l'intervention.

Dans notre statistique entrent, outre les cas où il n'existait aucune dystocie osseuse, certains cas plus rares où il existait une angustie légère, mais celle-ci était manifestement contingente : accouchements antérieurs normaux, enfant petit, pas de disproportion entre le volume du fœtus et les dimensions du bassin.

Nous avons ainsi réuni 85 observations sur les 475 pratiquées durant la période qui nous occupe. Ce chiffre assez important permet d'envisager les indications les plus fréquentes de la césarienne; nous avons adopté la classification suivante, inspirée en majeure partie de Henrotay :

1° *Indications relevant de l'état général :*

— Eclampsie;

— Cardiopathies.

2° *Indications relevant de l'utérus et de ses annexes, du vagin :*

— Malformations;

— Dystocie d'origine cervicale;

— Tumeurs prævia.

3° *Indications relevant du fœtus et de ses annexes :*

— Gros enfants;

— Présentations vicieuses;

— Procidence du cordon;

— Décollement du placenta normalement inséré.

4° *Indications particulières :* Dystocie du travail.

ECLAMPSIE

Les indications de l'évacuation utérine dans le traitement de l'éclampsie ont donné lieu à des opinions souvent contradictoires.

L'intervention systématique préconisée par Llames Massini a donné à son auteur une mortalité maternelle quasi nulle. Il est vrai qu'il tient compte seulement des cas vus et opérés dès la première crise convulsive. Pour les autres, il reconnaît une mortalité élevée.

A l'opposé, Stroganoff, avec sa méthode purement médicale, se flatte de résultats analogues et aussi merveilleux. Mais selon lui la vie de l'enfant n'entre pas en jeu.

Entre ces deux opinions aussi absolues, il existe actuellement une manière de voir moins simpliste et admise par la majorité des auteurs.

Bidoire, dans un travail récent fait à la clinique Tarnier, a parfaitement résumé les indications et les modalités de l'intervention, et il a délimité la place de la césarienne dans le traitement de l'éclampsie.

Tout d'abord, voici la relation des deux observations que nous avons pu relever.

Obs. 330, Maternité, 1928 (Dr Balard).

I-pare de 25 ans, à 8 mois 1/2 de grossesse. Spécifique.

A eu chez elle 3 crises convulsives de dix minutes.

Comateuse à son arrivée à la Maternité, elle a 2 nouvelles crises. Enfant vivant, col en voie d'effacement, membranes intactes. Bassin : rien à signaler. T. A. : Mx, 19; Mn, 9; Io, 7. Urines très albu-

mineuses (elles ne l'étaient pas dix jours avant). Saignée de 600 grammes; lavage intestinal.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 2 kg. 600.

Après l'opération, 4 crises à deux heures d'intervalle.

Le lendemain, crise urinaire. L'albumine disparaît progressivement et la tension artérielle se stabilise à : Mx, 13; Mn, 9.

A eu depuis 3 grossesses normales.

Obs. 1017, Maternité, 1929 (Dr Balard).

Grossesse gémellaire.

I-pare de 34 ans près du terme. 2 ou 3 crises chez elle. Gros œdème des jambes et de la paroi abdominale. Albuminurie massive. T. A. : Mx, 24; Mn, 12; Io, 7. Etat de subcoma. H. U. : 42 cm. Col entier, largement déhiscent; on sent un fœtus en présentation du siège. Pas de poche d'eaux. Bassin normal.

Purgation, saignée de 900 grammes sans action sur la tension artérielle.

Rachi. Césarienne basse. 2 enfants vivants de 2 kg. 700 chacun (un garçon et une fille). Drain péritonéal.

Une crise pendant l'opération et 8 pendant la journée, peu accentuées, espacées de une heure entre elles; subcoma. Somnifène intraveineux. Ventouses scarifiées sur les lombes. Diurèse normale. Le soir de l'opération, température, 39°5.

Le lendemain, 2 nouvelles crises. Bronchite généralisée.

Décès au troisième jour.

Il s'agit donc de deux primipares très près du terme, présentant des crises convulsives graves tout au début du travail; l'indication opératoire n'était pas discutable, et de fait elle a permis d'avoir trois enfants vivants, une de ces deux grossesses étant gémellaire, ce qui n'est pas rare dans l'éclampsie.

Malheureusement, une des malades est morte trois jours après l'intervention; l'évacuation utérine n'avait pu faire cesser entièrement ses crises, et, malgré une crise urinaire

trompeuse, des phénomènes pulmonaires se surajoutèrent et l'emportèrent. Notons qu'on avait employé la rachianesthésie.

Sans aller aussi loin que Metzger, qui écrit : « Dans tous les cas de crises confirmées, la femme n'étant pas en travail et à terme, le seul traitement rationnel est l'opération césarienne abdominale; faite à temps, elle donne des résultats brillants et rapides qu'aucune méthode ne peut égaler », nous pouvons dire qu'elle est la méthode de choix.

Si, par contre, la femme est en travail, l'expectative avec traitement médical est de mise; on sait en effet que chez ces malades le travail est très rapide, « tambour battant », et par des dilatations du col, la méthode de Delmas, à la rigueur par des incisions cervicales, il est possible d'extraire rapidement l'enfant tout en évitant la laparotomie.

Dans l'éclampsisme grave avec albuminurie massive, hypertension, œdèmes plus ou moins étendus, céphalée, barre épigastrique, troubles ne régressant pas malgré un traitement médical sévère, il faut craindre des « surprises désagréables » et intervenir d'une façon formelle, l'opération constituant le véritable traitement prophylactique.

L'intervention une fois décidée, quel procédé opératoire choisir ?

La césarienne haute a donné jadis des résultats franchement mauvais : 7 à 47 p. 100 de mortalité maternelle.

La césarienne vaginale ne saurait être appliquée que dans l'éclampsie des premiers mois; à terme, elle nécessite des conditions spéciales : enfant petit, un enfant de 3 kilos est déjà un enfant gros, segment inférieur bien développé. De plus, elle est malaisée, aveugle, présente de sérieux risques d'hémorragie.

La césarienne basse, au contraire, est la méthode de choix; il est bien démontré à présent que la cicatrice laissée sur le segment inférieur après césarienne est beaucoup moins grave que celle laissée par de gros délabrements du col et des culs-de-sac. De tels délabrements forceront très probablement à

avoir recours à la voie haute pour tous les accouchements ultérieurs, tandis que nous pouvons toujours espérer des accouchements spontanés après césarienne basse faite pour une dystocie passagère telle que l'éclampsie.

Surtout cette intervention met ces femmes, dont la résistance a considérablement diminué, à l'abri de l'infection qu'elles ont déjà tendance à contracter avec une particulière facilité.

CARDIOPATHIES

Une cardiopathie décompensée chez une femme à terme, non en travail, avec aggravation brusque ou progressive de l'état général, commande l'évacuation de l'utérus.

Il y a quelques années encore, on essayait la dilatation manuelle sous anesthésie rachidienne et on terminait l'accouchement par forceps ou par version.

Actuellement, on admet plutôt que la dilatation sous rachi n'est pas à tenter, car elle expose à des déchirures. En outre, c'est une méthode longue, pénible, et il y a souvent urgence à vider l'utérus.

D'ailleurs, en cas d'échec, ces tentatives se terminent par une césarienne, par laquelle il eût été préférable de commencer. C'est ce qui se produisit dans l'unique observation de cardiopathie que nous possédons.

Et, au point de vue rapidité, aucune autre méthode ne peut se comparer à l'hystérotomie abdominale.

Pour parer aux accidents *a vacuo*, une bonne compression de l'abdomen est à recommander.

Un point important dans ces affections cardiaques, souvent affections mixtes, cardio-pulmonaires, c'est la question de l'anesthésie.

Au chloroforme et à l'éther, si dangereux pour des voies respiratoires prédisposées, nous préférons l'anesthésie locale à la novocaïne ou la rachi.

L'acte chirurgical n'interdira pas, au contraire, la mise en œuvre d'un traitement médical approprié : digitaline, ouabaïne, tonicardiaques divers, diététique sévère.

La césarienne basse, opération rapide, peu choquante, provoquant une hémorragie minime, est la meilleure méthode

thérapeutique actuelle de ces cardiopathies décompensées pour lesquelles l'évacuation de l'utérus est indispensable à la vie de la mère et de l'enfant.

Clinique, oct. 1929 (Dr Faugère).

XV-pare de 43 ans. 13 accouchements à terme, 1 avortement, 5 enfants vivants. Bassin normal.

Enceinte de 8 mois environ. Insuffisance du cœur droit, datant de dix-sept ans, à la suite d'un accouchement. Malade très dyspnéique, œdème des jambes, bruits du cœur assourdis, double souffle; râles sibilants et sous-crépitants au poumon droit.

Le 14 octobre, le pouls tendant à l'arythmie, les œdèmes et l'oligurie augmentant, on décide d'interrompre la grossesse.

Rachi. Rupture artificielle des membranes; l'orifice interne, très résistant, ne permet pas la dilatation artificielle et n'admet que le médius.

Vingt-cinq minutes après, seconde rachi. Césarienne basse.

Enfant vivant de 3 kg. 100. Suites normales.

GROS ENFANTS

L'excès de volume fœtal peut être une cause de dystocie justiciable du traitement chirurgical.

L'emploi de la césarienne basse dans le traitement des bassins rétrécis avec enfant normal devait inciter les accoucheurs à étendre cette intervention à la thérapeutique des dystocies par gros enfant avec bassin normal, ces deux problèmes étant sensiblement identiques.

On admet généralement que le volume du fœtus est exagéré quand son poids atteint ou dépasse 4 kilos. Ce chiffre ne représente pas une barrière infranchissable. On a vu se produire des accouchements spontanés d'enfants de 5 kilos, et telle femme ayant eu un accouchement normal d'un enfant de 4 kg. 500 ne pourra mettre au monde un enfant d'un poids moindre, car d'autres facteurs se seront surajoutés.

Ces facteurs, en effet, sont nombreux :

La présentation, la valeur des contractions utérines, l'état des parties molles conditionné par l'âge, la parité, enfin la bonne surveillance du travail corrigé par l'accoucheur au moyen de la morphine ou de la spasmalgine.

Nous n'envisageons ici que les gros enfants, mais normaux, laissant de côté l'excès de volume partiel (ascite, hydrocéphalie). Dans ce dernier cas en particulier, la valeur pratiquement nulle du fœtus ne permet pas d'envisager les risques d'une laparotomie.

Les enfants se présentent en général par le sommet; la tête, fléchie au maximum et au prix de douleurs pénibles, arrive à passer. Les difficultés commencent alors. « La dystocie des gros enfants est, en effet, surtout une dystocie des

épaules. » Le diamètre bisacromial varie entre 12 centimètres, chiffre normal, et 18-20 centimètres.

Dans le cas de présentation du siège, le problème est encore plus difficile à résoudre; après une pénible extraction du siège, les bras se relèvent, on les abaisse difficilement, parfois au prix de fractures; enfin la tête dernière bloquée doit souvent être extraite par basiotripsie.

« Les accoucheurs qui ont eu l'occasion d'extraire de très gros enfants, surtout chez les primipares — nous citons M. le Professeur Péry —, connaissent bien les aléas de telles parturitions. Ce sont, pour la mère : une longueur souvent excessive du travail, des risques de déchirures graves et même totales du périnée, les hémorragies par inertie après sortie du placenta; pour le fœtus : les forceps pénibles avec tous les dangers qu'ils comportent, la dystocie des épaules entraînant des fractures de la clavicule et de l'humérus et des lésions du côté du plexus brachial, parfois même la mort par asphyxie en raison de l'impossibilité d'extraire assez rapidement les épaules.

» Quand on s'est trouvé deux ou trois fois à pareille fête, on s'en souvient comme d'un cauchemar, et l'on est prêt à adopter toute autre solution, serait-elle à priori plus grave en apparence. »

Et si, en mettant les choses au mieux, « nous nous tirons avec honneur de cette extraction en tant que manœuvre obstétricale, les enfants n'en viennent pas moins morts » (Potocki).

Aussi la césarienne basse apparaît-elle comme la solution idéale qui permet de terminer heureusement ces parturitions.

Elle a été pratiquée 20 fois pour gros enfants. Quatre fois il y avait présentation vicieuse surajoutée (2 fronts, 1 face, 1 siège). Pour ces observations, nous renvoyons au chapitre des présentations vicieuses.

Pour les 16 cas qui nous restent, nous avons les résultats suivants :

Du côté maternel : 2 décès. Mais on ne peut raisonnable-

ment pas en faire tomber tout le poids sur la césarienne basse. En effet, le premier cas, opéré dans les meilleures conditions possibles, est explicable par des incidents de stérilisation survenus alors dans le service.

Dans le second, il s'agissait de la rupture du segment inférieur, vue et diagnostiquée après l'extraction de l'enfant, et malgré l'hystérectomie la mort survint par péritonite au dixième jour.

Du côté fœtal : 15 enfants vivants d'un poids variant entre 3 kg. 900 et 5 kg. 600.

Le seizième enfant, né étonné et difficilement ranimé, est mort au bout de sept heures. Les conditions opératoires avaient été nettement défavorables (membranes rompues depuis une date indéterminée, travail durant plusieurs jours).

Si la femme avait été vue plus tôt, il est logique de penser que ce décès n'aurait pas eu lieu.

Chaque fois l'épreuve du travail a été faite et nous pouvons dire qu'il n'a pas été pratiqué d'intervention inutile, ce n'est pas le moindre mérite de la méthode.

En pratique, la conduite à tenir varie selon que l'on a affaire à l'une ou l'autre des deux éventualités suivantes :

1° Il s'agit de femmes vues au début ou au cours du travail; le palper mensurateur, la hauteur utérine, le toucher, font présumer un gros enfant. Mais dans l'incertitude où nous sommes de savoir quelle sera l'issue de l'accouchement abandonné à lui-même, nous devons, à moins d'une disproportion trop manifeste, laisser faire l'épreuve du travail, la femme étant obligatoirement mise en position gynécologique.

2° Il s'agit de femmes souvent multipares, suivies durant leur grossesse. Dans leurs antécédents, on note de gros enfants, on soupçonne et on traite une syphilis atténuée, un diabète, parfois même on trouve une grossesse prolongée. Et il y a excès de volume fœtal pour l'âge de la grossesse.

Vers 8 mois, 8 mois 1/2, on peut être autorisé à mettre en parallèle césarienne basse et accouchement prématuré provoqué.

Cette dernière intervention, largement employée autrefois, a presque entièrement disparu, en raison de son pronostic fœtal fâcheux; elle ne saurait reconnaître que les indications bien précises énoncées plus haut. Encore tend-on à la remplacer par la césarienne à terme.

La césarienne supra-symphysaire a donc permis d'envisager sans trop de craintes ces grossesses un peu anormales.

En faisant pratiquement disparaître l'accouchement prématuré provoqué, responsable d'une mortalité et d'une morbidité fœtale sévères, elle a fait accomplir un gros progrès à l'obstétrique contemporaine.

Obs. 846, Maternité, 1926 (Dr Balard).

I-pare de 23 ans à terme. Bassin normal.

Hauteur utérine : 37 centimètres; sommet. Après vingt-quatre heures de travail, tête non engagée, dilatation comme 5 francs; dix heures après, la température est de 38°3 sans progrès du travail.

Rachi. Césarienne basse. La vessie, pas entièrement vide, gêne pour le décollement du cul-de-sac vésico-utérin.

Extraction au forceps d'un enfant vivant de 4 kg. 570.

L'incision s'agrandit un peu vers le haut, déchirant le péritoine décollé. Hémorragie par inertie.

On recouvre la suture par la vessie le plus haut possible.

Suites normales.

Obs. 118, Maternité, 1927 (Dr Balard.)

II-pare de 25 ans à terme. Bassin normal.

Malgré de bonnes contractions utérines, l'emploi large de la morphine et même de bouffées de chloroforme, la dilatation se fait mal et la tête ne s'engage pas.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 4 kg. 300.

Température, 37 degrés, et pouls à 80 avant l'opération.

Signes rapides de péritonite. Nouvelle intervention : la cavité

abdominale est remplie de sérosité purulente; décès sur la table d'opération.

(Incidents de stérilisation dans le service.)

Obs. 194, Maternité, 1931 (Dr Balard).

X-geste de 38 ans. 3 avortements, 6 accouchements normaux à terme. Bassin normal.

Après vingt-quatre heures de travail, tête mobile au détroit supérieur débordant les limites du bassin. Col à 5 francs. Poche d'eaux intacte. Segment inférieur vide et flasque. Bruits du cœur sourds. Ballon de Champetier, morphine.

Rachi. Césarienne basse. L'incision mord sur le corps utérin, difficulté pour extraire les épaules.

Enfant vivant de 4 kg. 800.

Deux drains dans la cavité péritonéale. Suites excellentes.

Obs. 653, Maternité, 1931 (Dr Balard).

Gros enfant. — Césarienne basse. — Rupture du S. I. Hystérectomie. — Décès.

IV-pare de 39 ans. Bassin normal.

Entre à la maternité à dilatation complète; membranes rompues. Hauteur utérine : 52 centimètres. Utérus contracturé.

Rachi. Césarienne basse. A la partie droite du segment inférieur, sous le péritoine, siège un gros hématome. Après la section césarienne, on s'aperçoit que cette partie du S. I. est dilacérée et même déchirée. Hystérectomie. Mikulicz. Décès au dixième jour.

Enfant vivant de 5 kg. 580.

Obs. 26, Maternité, 1934 (Dr Balard).

I-pare de 31 ans à terme. Bassin normal. Hauteur utérine : 44. Tête non engagée; dilatation stationnaire à 5 francs. Contracture utérine qui ne cède pas à la morphine.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 4 kg. 050.

Suites normales.

Obs. 430, Maternité, 1934 (Dr Péry.)

III-pare de 26 ans à terme. Bassin normal.

A eu un enfant de 5 kilos. Femme obèse; utérus volumineux. Au toucher, col déhiscent, grosse tête ossifiée. Procubitus.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 4 kg. 340.

Délivrance difficile. Hémorragie en nappe à la partie gauche du cul-de-sac utéro-vésical. Mèche.

Suites normales.

Obs. 553, Maternité, 1934 (Dr Mahon.)

I-pare de 20 ans à terme. Bassin normal.

Amenée d'urgence, car le travail ne progresse pas depuis quarante-huit heures; femme très obèse. Hauteur utérine : 47 centimètres. Dilatation petite palmaire; tête élevée au-dessus du détroit supérieur. Bruits du cœur à peine perçus. Signes d'infection amniotique.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 5 kg. 580. Albuminurie de 9 grammes et tension artérielle : Mx., 22; Mn. 7, malgré trois mois d'un régime déchloruré mais hyperlacté.

Suites fébriles; guérison.

Obs. 740, Clinique, 1933 (Dr Mahon).

VII-pare de 42 ans, obèse. Bassin normal. 6 accouchements normaux. Dilatation complète après huit heures de travail. On rompt les membranes, la tête reste élevée et ne s'engage pas malgré 1/2 cm³ d'hypophyse; le col revient sur lui-même.

Rachi. Césarienne basse. Enfant de 5 kg. 030 étonné, vite ranimé.

Suites normales.

Obs. 496, Clinique, 1934 (Prof. Andérodias.)

IV-geste, secondipare de 30 ans à terme. Bassin normal.

En six heures, la dilatation atteint petite palmaire, puis ne progresse plus. La tête en D. T. au détroit supérieur ne s'engage pas malgré de bonnes contractions.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 4 kg. 150. Suintement en nappe du segment inférieur. Angine au dixième jour. Guérison.

Obs. 789, Clinique, 1934 (Dr G. Péry.)

I-pare de 29 ans à terme. Bassin normal. Sommet. Hauteur utérine : 40 centimètres.

L'utérus est dur et contracturé malgré 3 injections de morphine. La dilatation se fait très mal et reste à 5 francs; la tête ne s'adapte pas; volumineuse bosse séro-sanguine.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 4 kg. 250. Le segment inférieur saigne un peu.

Suites normales.

Obs. 577, Clinique, 1934 (Dr G. Péry.)

V-pare de 31 ans, à terme. Bassin normal. 1 forceps, 1 avortement, 2 gros enfants dont 1 basiotripsié. Hauteur utérine : 42 centimètres. A dilatation complète, on fait pousser la parturiente pour essayer d'engager la tête. En vain, malgré 1/2 cm^3 d'hypophyse. Seule, la bosse séro-sanguine augmente.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 5 kg. 130.

Suites normales.

Obs. 327, Maternité, 1935 (Drs Boursier et Forgeaud.)

I-pare de 27 ans à terme. Bassin normal.

Dilatation complète, la tête reste au-dessus du détroit supérieur; une application prudente de forceps au détroit supérieur est sans effet.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 4 kg. 150.

Suites : au huitième jour, phlébite gauche. Le vingt-huitième jour, embolie grave. Situation sérieuse pendant vingt-quatre heures. Quelques jours après, phlébite droite. Guérison.

Obs. 586, Maternité, 1934 (Dr Balard.)

I-pare de 27 ans à terme. Bassin normal.

En travail depuis quarante-huit heures; poche d'eaux rompue; dilatation comme 5 francs; tête au détroit supérieur; souffrance fœtale; utérus contracturé.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 4 kg. 150.

Suites excellentes.

Obs. 896, Clinique, 1931 (Dr Mahon.)

Gros enfant.

Une grossesse en 1911 : enfant vivant.

II-pare de 38 ans, à terme. Femme obèse. Entre en travail d'une façon irrégulière (aurait souffert pendant une semaine). Membranes rompues depuis une date indéterminée. On dilate le col en manchette jusqu'à 5 francs; tête élevée au détroit supérieur. Hauteur utérine : 38 centimètres.

Infection amniotique.

Echec de la rachi. Chloro. Césarienne basse qui mord sur le corps utérin. La tête de l'enfant déformée est coincée au détroit supérieur. Il pèse 4 kilos; étonné et ranimé, il meurt sept heures après.

Température, 38°2 pendant trois jours. Guérison.

La nécropsie de l'enfant montre une congestion intense de l'encéphale sans hémorragie.

Obs. 417, Clinique, 1932.

Gros enfant.

I-pare de 27 ans à terme. Bassin normal. Au bout de 24 heures de travail, col presque entièrement dilaté. Tête au détroit supé-

rieur avec une volumineuse bosse séro-sanguine. Contracture. Souffrance fœtale.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 4 kilos.

Suites banales.

Obs. 663, Clinique, 1933 (Dr Mahon.)

Gros enfant. — Multiparité.

VII-pare de 40 ans. 6 accouchements normaux. Bassin normal. Est vue à dilatation complète; poche d'eaux rompue depuis trente-six heures. Température, 37°3. Bruits du cœur positifs. Tête fœtale très élevée au détroit supérieur malgré l'hypophyse. Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 900, Plastron dans l'hypocondre gauche.

Guérison.

PRESENTATIONS VICIEUSES

Si, dès 1915, la césarienne haute est appliquée à certaines présentations vicieuses (Künstler), au Congrès de 1921 l'opinion obstétricale se trouve divisée en deux courants : les interventionnistes avec Henrotay, les non-interventionnistes avec Couvelaire.

Depuis cette époque, l'usage de la césarienne supra-symphysaire a permis d'étendre les indications de l'intervention, et nous allons étudier successivement :

I. — *Présentation de l'épaule.*

Présentation dystocique par excellence, la présentation de l'épaule ne reconnaît cependant que des indications opératoires limitées. La césarienne basse ne prétend évidemment pas remplacer la version podalique qui demeure la manœuvre obstétricale la plus favorable.

Nous allons essayer d'indiquer les conditions de l'intervention et d'en tracer les limites.

« L'indication la plus fréquente ou la moins rare de la césarienne dans la présentation de l'épaule paraît avoir été jusqu'ici la rétraction ou la contracture excessives de l'utérus rendant impossible ou dangereuse la version ou l'embryotomie. » (Guéniot, *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, mai 1927.)

On ne tentera donc pas la version sur un utérus rétracté, en raison des risques de rupture, sur un col ne se laissant pas dilater, lorsqu'il y aura des signes d'infection amniotique, lorsqu'il y aura procidence du cordon, lorsqu'enfin d'au-

tres causes de dystocie, telles tumeur prævia, gros enfant ou bassin limite, compliqueront la présentation.

A plus forte raison, on éliminera la version dans les cas d'épaule négligée et l'on entend par cette expression les cas dans lesquels : la poche des eaux est rompue depuis un certain temps, il y a eu écoulement du liquide amniotique, le moignon est plus ou moins engagé.

On peut schématiser ainsi :

— Enfant vivant : version impossible : césarienne basse;
— Enfant mort : essayer la version; à défaut l'embryotomie. Si l'une et l'autre sont impossibles : césarienne basse.

La césarienne basse s'emploie dans tous les cas où il y a infection modérée.

Lorsqu'il y a infection grave avec physométrie ou hémorragie incoercible, segment inférieur douteux, utérus fibromateux, surtout lorsqu'il s'agit d'une multipare, la césarienne basse ne suffit pas, il faut avoir recours à l'hystérectomie ou à l'opération de Portes avec extériorisation temporaire de l'utérus.

Cette dernière intervention, peu pratiquée à Bordeaux, a cependant donné de bons résultats, et elle est à retenir dans les cas suspects ou l'on hésite entre la césarienne basse et l'hystérectomie.

Mais dans les cas douteux, il est difficile de déterminer si l'on sera conservateur ou radical : « Chez une femme jeune qui pourrait bénéficier d'une hystérectomie sans que celle-ci ne s'impose d'une façon formelle, tandis que dans les mêmes conditions on enlèvera l'utérus d'une multipare à la fin de sa vie génitale. »

Nous avons relevé cinq opérations césariennes basses pour présentation de l'épaule.

4 enfants vivants, l'autre était mort avant l'intervention.

1 femme est morte de péritonite; peut-être l'hystérectomie eût-elle permis de sauver cette malade.

II. — *Présentation du front.*

Présentation considérée par certains comme aussi dystocique que la présentation de l'épaule, elle trouve fréquemment indication à l'opération césarienne.

Dangereuse pour la mère, qu'elle expose à l'arrêt de travail et à l'infection, à la rupture utérine, aux lésions périnéales graves, elle est grevée d'une mortalité fœtale de 36 p. 100.

25 p. 100 de ces accouchements se terminent spontanément, et si l'enfant est petit, le bassin spacieux, on peut espérer cette éventualité heureuse. Si le fœtus est d'un volume moyen, il court les risques les plus grands, et si l'épreuve du travail, peu poussée, ne donne pas de résultats, il faut avoir recours à la version. Nous savons qu'elle nécessite une dilatation complète, une poche des eaux intacte ou rompue depuis peu, enfin un fœtus de moyen volume.

Si à la présentation se surajoute une autre cause de dystocie, par exemple un volume exagéré de l'enfant, ou si la femme s'infecte, la césarienne ne se discute pas.

Nous avons relevé 4 observations de césarienne pour présentation du front; il s'agissait, en outre, de gros enfants dans 2 cas. Les résultats opératoires furent excellents dans les 4 cas.

III. — *Présentation de la face.*

Elle ne constitue pas à proprement parler une présentation vicieuse, puisque l'accouchement spontané est la règle; tout au plus pourrait-on dire présentation défavorable.

Elle expose la mère à l'attrition des parties molles et au sphacèle consécutif.

La mortalité fœtale est de 2 p. 100 dans les mento-antérieures, 8 à 13 p. 100 dans les mento-postérieures.

Les indications opératoires sont assez limitées; ce sont à peu près les mêmes que dans la présentation du sommet, mais un peu élargies, c'est-à-dire qu'on s'adressera plus volontiers à la césarienne dans une face que dans un sommet.

Dans les cas douteux, l'épreuve du travail demeure le critère le plus sûr, et, en raison des difficultés sérieuses que rencontre la version, dès que l'enfant souffre, et si la dilatation est incomplète, il faut intervenir par césarienne.

IV. — *Présentation du siège.*

Présentation eutocique, elle ne constitue pas à elle seule une indication suffisante de l'opération césarienne abdominale segmentaire. Par contre, elle peut devenir une dystocie relative, qui, ajoutée à d'autres dystocies, peut nettement contre-indiquer l'accouchement par voie basse.

Ces dystocies relatives ont été excellement étudiées dans un récent article de M. le Professeur Andérodias et G. Péry (*Gyn. et obst.*, août 1935) et nous ne pouvons que nous associer à leurs conclusions :

Il est indiqué de faire l'opération césarienne :

— Chaque fois qu'avec une présentation du siège, on trouve un bassin limite dans lequel avec présentation du sommet nous devrions faire l'épreuve du travail.

— Lorsque la dilatation est insuffisante, ou ne progresse pas et que le traitement médical au cas de contracture a échoué.

— Dans les tumeurs et malformations utérines, dans certains cas de dystocie des parties molles, dans les rétrécissements cicatriciels.

— Pour les gros enfants, surtout pour les cas de siège récidivants avec enfant mort au cours du travail lors des accouchements antérieurs ou quand la mère réclame un enfant vivant à tout prix.

— Chez les primipares âgées, et c'était le cas dans une de nos observations, lorsque la mère demande un enfant coûte que coûte et force la main de l'accoucheur.

Sur trois observations de sièges traités par la césarienne, nous relevons un décès maternel par septicémie et un décès fœtal au onzième jour, que l'on ne peut imputer à l'intervention.

Obs. 781, Maternité, 1931 (Dr Péry et Dr Mangé.)

Epaule négligée.

IV-pare de 28 ans, enceinte de huit mois. Bassin normal.

Oligoamnios. Contracture utérine irréductible. Enfant mort. Anneau de Bandl très net, maintenant le cou très au-dessus du détroit supérieur et rendant l'embryotomie impossible. Présentation de l'épaule.

Césarienne basse. Enfant mort de 2 kg. 700. Physométrie. Drain.

Au deuxième jour, signes de pelvipéritonite. Au cinquième, abcès de la paroi. Le dix-huitième jour, signes d'occlusion. Réintervention par le docteur Mangé, qui libère des anses grêles adhérentes à la paroi et lève l'occlusion.

Guérison.

Obs. 16, Maternité, 1932 (Dr Balard.)

Epaule.

VIII-pare à terme. Bassin normal. Epaule. Contracture. Ballon de Champetier sans résultats.

Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 550. Après l'intervention, pouls à 130. Température, 37°4.

Décès au cinquième jour en hyperthermie.

Obs. 147, Clinique, 1933 (Dr Mahon.)

Epaule.

II-pare de 33 ans. Bassin normal. Présentation de l'épaule irréductible. Sous rachi, dilatation artificielle du col. La poche des eaux se rompt, on tombe sur un bras et le cordon procidents. Plus haut, anneau de Bandl; version impossible, embryotomie dangereuse. Malgré les bruits du cœur quasi imperceptibles, césarienne basse débordant sur le corps, la version étant très pénible, utérus hyperrétracté. Enfant de 2 kg. 760 vite ranimé.

Suites normales.

Obs. 219, Clinique, 1933.

Epaule.

III-pare de 35 ans. Bassin normal.

Après 7 heures de travail, la poche des eaux, piriforme, se rompt.

Présentation de l'épaule, bras procident. Dilatation palmaire. Bruits du cœur sourds et lents.

Ether. Césarienne basse. Enfant de 3 kg. 250 vite ranimé.

Suites normales.

Obs. 28, Clinique, 1934 (Dr G. Péry.)

Epaule.

I-pare de 23 ans à terme. Bassin normal.

Présentation transversale en O. I. G. irréductible. Dilatation très lente à 5 francs après vingt-quatre heures de travail. Hypertomie, début de souffrance fœtale.

Rachi. Césarienne basse. Extraction pénible d'un enfant vivant de 3 kg. 300.

Suites normales.

Obs. 215, Clinique, 1931 (Dr Mahon.)

Front. — Gros enfant.

I-pare de 25 ans à terme. Bassin normal. Tête élevée au détroit supérieur. Dilatation stationnaire à petite palmaire. Front. Hauteur utérine : 37 centimètres. Souffrance fœtale grave.

Rachi. Césarienne basse. Flot de méconium. Tête luxée au forceps. Enfant de 4 kg. 200 vite ranimé.

Suites : Abcès de la paroi. Lymphangite. Guérison.

Obs. 427, Clinique, 1931.

Front. — Gros enfant.

III-pare de 39 ans à terme. Bassin normal.

La poche des eaux se rompt quinze heures après le début du travail; malgré de bonnes contractions, la tête reste élevée; la dilatation reste à petite palmaire. Eventration. Enorme antéversion. Gros œdème des membres inférieurs sans albuminurie.

Rachi. Césarienne basse. On extrait une tête en postérieure défléchie présentant l'ébauche des déformations caractéristiques du front. Poids de l'enfant, 4 kg. 580.

Suites normales.

Obs. 803, Clinique, 1934 (Dr G. Péry.)

Face. — Gros enfant.

II-pare à terme. Bassin normal.

En vingt-deux heures, dilatation à 5 francs; utérus contracturé. Hauteur utérine : 40 centimètres. Bruits du cœur sourds. Rupture artificielle des membranes. Tête en M. I. G. T. au détroit supéreur. Hypertonie, ébauche d'un syndrome de Bandl.

Rachi-césarienne basse. Enfant vivant de 4 kilos. Le segment inférieur saigne.

Suites fébriles jusqu'au douzième jour. Guérison.

Obs. 546, Clinique, 1932.

Siège. — Gros enfant.

I-pare âgée, à terme. Bassin normal. Femme obèse, rupture précoce des membranes. Siège décomplété, col en arrière, non effacé, ouvert comme 1 franc. L'enfant semble gros.

Rachi. Césarienne basse. Incision du péritoine en Y renversé. Enfant de 4 kg. 370 étonné, vite ranimé.

Suites normales.

Obs. 774, Maternité, 1929 (Dr Balard.)

Siège récidivant. — Décès.

III-pare de 32 ans à terme. Bassin normal. Un siège : enfant mort de 4 kilos; un sommet : enfant extrait au forceps et mort à 1 mois.

Actuellement : présentation du siège élevée; enfant assez gros.

En raison des antécédents fâcheux, du désir de la mère d'avoir un enfant vivant : rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 520 qui meurt au onzième jour.

Suites : Entre 38 et 39 degrés jusqu'au neuvième jour. Phlébite droite.

Le treizième jour, violent frisson : température 41°8; abcès de fixation qui réagit faiblement. Le vingt et unième jour, phlébite gauche.

Puis apparaissent des phénomènes pulmonaires avec congestion des bases, dyspnée. Le vingt-troisième jour, météorisme. Diarrhée profuse. Le myocarde faiblit. Décès au vingt-neuvième jour.

Nécropsie : adhérences des annexes gauches. Abcès de la trompe gauche. Caillots blancs volumineux dans les deux veines iliaques

Obs. 763, Maternité, 1933 (Dr Boursier.)

Siège. — Fibrome. — Procidence du cordon. — Primipare âgée.

I-pare de 30 ans à terme. Bassin normal.

Présentation du siège. Tête dans l'hypocondre droit. On trouve une deuxième masse du volume d'un gros poing vers la corne utérine gauche.

Cordon procident. Col entier, dur, dilaté comme 2 francs. Souffrance fœtale.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kilos.

Fibrome interstitiel. Phlébite. Guérison.

Obs. 430, Clinique, 1934 (Dr Péry.)

Front. — Souffrance fœtale.

I-pare de 20 ans, à terme. Bassin, rien à signaler.

Perte des eaux cinq heures après le début du travail. Col à 2 francs. Tête au détroit supérieur six heures après le début du travail. Col à 5 francs. Huit heures après, dilatation à petite palmaire. On sent alors la fontanelle et le front. L'utérus reste dur entre les contractions. La morphine les arrête presque complètement. Signes de souffrance fœtale.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 390. Deux circulaires.

Suites normales.

Obs. 848, Clinique, 1933. (Dr G. Péry.)

Front. — Non-engagement de la tête fœtale. — Inertie.

II-pare de 29 ans à terme. Bassin normal.

La tête ne s'engage pas; la dilatation reste à petite palmaire. On sent la fontanelle antérieure au centre de l'excavation. Inertie, pas améliorée par 1/2 cm^3 d'hypophyse.

Rachi. Césarienne basse.

Enfant vivant de 3 kg. 700.

Suites normales.

PROCIDENCE DU CORDON

La procidence du cordon ou chute de la tige funiculaire au-devant de la présentation, l'œuf étant ouvert, constitue une des complications de l'accouchement le plus justement redoutées.

Si la mère n'est intéressée qu'en raison des risques opératoires, la mortalité fœtale varie entre 30 et 60 p. 100. Il y a quelques années, Brindeau accusait 25 à 30 p. 100, et cela, disait-il, « en dépit des progrès de l'art obstétrical ». A Bordeaux, la mortalité est sensiblement la même (Thèse Dagorn, 1935).

Normalement, quand la présentation est engagée, le segment inférieur est intimement appliqué sur elle et il ne reste aucune place pour le cordon, qui reste au-dessus.

Il n'en est pas ainsi chaque fois qu'il existe un défaut quelconque d'accommodation capable de créer entre la présentation et la paroi pelvi-génitale un espace vide par où pourra se glisser la tige funiculaire.

Aussi nous trouvons comme facteurs étiologiques énumérés selon leur fréquence décroissante : la multiparité, les présentations vicieuses, les viciations pelviennes, l'hydramnios, la petitesse du fœtus, le placenta prævia, la grossesse gémellaire, enfin les tumeurs prævia.

Jadis les modes d'extraction employés ne permettaient la sortie de l'enfant que par les voies naturelles; forceps ou version. Puis on eut recours aux incisions du col, à la césarienne vaginale.

Les progrès de la chirurgie aidant, ce fut la voie haute avec la césarienne corporéale.

Couvelaire, le premier en 1921, fut amené à intervenir par

césarienne corporéale pour procidence du cordon compliquée de léger rétrécissement du bassin (rapport au Congrès de Paris, 1920).

Mais, étant donné les risques opératoires, la voie haute ne fut pas acceptée pour le seul traitement de la procidence du cordon.

Il fallut l'avènement de la césarienne basse pour, là encore, « transformer le penser obstétrical et le geste thérapeutique ».

En présence d'une complication aussi redoutable pour l'enfant, quelle doit être la conduite de l'accoucheur ?

Bien entendu, si l'enfant est mort, on n'entreprendra, sauf indications spéciales, que les interventions aussi peu traumatiques que possible, et en principe pas du tout.

Si l'enfant est vivant : remarquons que, dans un certain nombre de cas, il est difficile d'avoir une certitude à ce sujet; le doute, a dit Brindeau, doit profiter au fœtus. On sait en effet, depuis Balard et Pachon, Kreis, que l'absence de pulsations ne permet pas de conclure sûrement à l'arrêt de la circulation funiculaire.

Une compression du cordon peut amortir les battements tout en laissant persister un débit sanguin suffisant pour entretenir, tout au moins un certain temps, la vie du fœtus.

Si donc l'enfant est vivant, deux éventualités :

1° Les membranes ne sont pas rompues; il y a seulement procubitus; l'expectative avec traitement médical : morphine, chloroforme, est la règle;

2° Les membranes sont rompues :

— Le col est insuffisamment dilaté pour permettre la libre pratique de l'utérus; essayer de réduire; en cas d'échec : césarienne supra-symphysaire;

— Le col est suffisamment dilaté : forceps en version.

S'il existe des dystocies complexes : bassin limite, enfant de gros volume, placenta prævia, l'indication opératoire est plus nette encore; la procidence rend absolues les indications relatives selon la formule de Brindeau.

Peut-on être appelé à intervenir en cas de procidence seule ?

En 1930, Gueniot rapporte une observation où il intervient pour procidence seule, sans autre cause de dystocie, en particulier avec un bassin normal.

Nous pensons que l'on doit, dans certains cas, intervenir pour procidence seule, et cela d'autant plus volontiers qu'on aura affaire à une primipare dont la dilatation est inférieure à 5 francs, et, d'une façon plus générale, chez toute femme dont les tissus manquant de souplesse opposeraient une trop grande résistance à une dilatation artificielle ou à toute autre manœuvre obstétricale qui ont besoin d'être rapides.

C'est peut-être en intervenant avec plus de hardiesse et grâce à la césarienne supra-symphysaire que l'on pourra réduire d'une façon sensible les 30 p. 100 de mortalité fœtale.

Nous avons relevé cinq césariennes basses pratiquées pour procidence du cordon. Elles ont donné 5 enfants vivants; résultats excellents pour les mères.

Deux fois il y avait coexistence d'un léger rétrécissement du bassin.

Dans les trois autres cas, il s'agissait de primipares au début de la dilatation.

Obs. 721, Maternité, 1928 (Drs Balard et Mahon.)

Procidence du cordon. — Bassin légèrement rétréci.

I-pare de 24 ans. Arrivée à la Maternité poche des eaux rompue, cordon dans le vagin. Col effacé mais épais, dur, dilaté comme 1 franc; tête élevée; promontoire accessible à 11 centimètres. Utérus dur, rétracté sur le fœtus; bruits du cœur lents, irréguliers.

Rachi complétée par chloro. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 300, qui meurt au quatrième jour. Drain.

Suites normales.

Obs. 684, Maternité, 1933 (Prof. J. Péry.)

I-pare de 20 ans, enceinte de sept mois. Rupture précoce des membranes. Tête non engagée. Promontoire accessible, loin. Col

ouvert comme 2 francs. Procidence du cordon qu'on réduit. Bruits du cœur pas inquiétants.

Le travail ne progressant pas, chloro. Césarienne basse. Enfant vivant de 2 kg. 700.

Suites normales.

Obs. 114, Clinique (Dr G. Péry.)

I-pare de 20 ans, à terme. Bassin normal. A dilatation complète, on rompt la poche des eaux; les eaux s'écoulent lentement; devant la tête qui reste haute au détroit supérieur on sent le cordon qui bat.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 250.

Suites excellentes.

Obs. 562, Clinique, 1935 (Dr G. Péry.)

I-pare de 20 ans, à terme. Bassin normal. Sommet non engagé. Bruits du cœur mauvais; le cordon pend dans le vagin; les battements funiculaires disparaissent; la morphine les rend un peu meilleurs, mais la dilatation n'est qu'à 5 francs.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 2 kg 750, vite ranimé.

Suites normales.

Obs. 315, Maternité, 1935 (Dr Boursier.)

I-pare de 22 ans, à terme. Bassin normal. Sommet. Pour accélérer le travail, on rompt les membranes; on s'aperçoit qu'il y a procidence du cordon. Liquide teinté de méconium. Bruits du cœur mauvais. Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 200.

Suites normales.

HEMORRAGIE RETRO-PLACENTAIRE

L'hémorragie rétro-placentaire, manifestation de l'auto-intoxication gravidique chez les multipares, constitue, du moins dans ses formes cliniquement décelables, un accident d'une haute gravité, qui doit bénéficier largement de l'hystérotomie abdominale.

Accident d'une haute gravité puisqu'il comporte 95 p. 100 de mortalité fœtale et 10 à 15 p. 100 de mortalité maternelle.

Dans son traitement, la césarienne supra-symphysaire a une place très importante. Encore convient-il de déterminer ce que l'on peut attendre d'elle et dans quelles conditions elle doit être employée. C'est ce que nous nous proposons de faire, nous appuyant pour cela sur un article de MM. Balard et Mahon paru dans la *Revue française de gynécologie et obstétrique* (1929).

La thérapeutique de l'hémorragie rétro-placentaire doit être envisagée selon une échelle de gravité.

I. — *Cas moyens.*

Il existe une tension permanente de l'utérus, du segment inférieur et de la poche des eaux; l'hémorragie externe est modérée. Il y a accélération du pouls révélant l'hémorragie interne. Cependant l'état général est satisfaisant.

Sauf dans les cas vus dès le début des accidents et pour lesquels la césarienne immédiate pourra sauver l'enfant, ce dernier, en pratique, compte peu. Il est déjà mort ou irrémédiablement compromis. C'est donc surtout l'intérêt de la mère qui est en jeu.

Il faut rompre largement les membranes, et, luttant con-

tre la contracture grâce aux opiacés, permettre ainsi l'épreuve du travail.

Par la valeur dynamique du muscle utérin, on va être renseigné dans une certaine mesure sur son état anatomique.

Si la contraction utérine est recouvrée, si, les membranes rompues, des contractions rythmées se produisent et aboutissent à l'expulsion rapide du fœtus, l'utérus doit être présumé sain et conservé.

En particulier, sa rétractilité garante des redoutables hémorragies de la délivrance doit être jugée satisfaisante.

Rétractilité et contractilité sont en effet deux propriétés de la fibre utérine marchant de pair.

Si, par contre, les altérations du muscle utérin sont trop étendues, l'épreuve du travail restera négative. La voie haute s'imposera pour évacuer l'utérus et juger ou non de sa conservation.

Même si le col possède une dilatation suffisante, on ne doit procéder sur ces utérus à aucune manœuvre obstétricale : version, basiotripsie, ballon, dilatation artificielle du col, car « s'ils sont de bois au palper, ils sont de verre à l'usage ».

Tout au plus avec un col bien dilaté et une tête engagée pourra-t-on tenter une prudente application de forceps. Dans ce cas, l'accoucheur se tiendra en expectative armée, quitte à recourir à la voie haute si la rétraction utérine est insuffisante.

II. — *Cas graves.*

Il faut pratiquer d'emblée la césarienne supra-symphysaire, celle-ci n'étant parfois que le premier temps d'une hystérectomie.

L'utérus étant évacué de son fœtus et des caillots, faut-il l'enlever ou le conserver ?

La décision de conserver ou non l'utérus constitue pour l'accoucheur une grave responsabilité morale : « On ne peut se décider d'un cœur léger à hystérectomiser une jeune femme qu'on va ainsi, en une heure, vieillir de vingt ans. »

L'état de la tranche de section, l'infiltration du paramètre, sont des éléments importants d'appréciation. Mais c'est au comportement dynamique de l'utérus, plus qu'à son aspect plus ou moins ecchymotique, qu'il faut en décider de sa conservation.

Un utérus qui se rétracte bien aura les plus grandes chances de se restaurer anatomiquement.

Ainsi ont pu être conservés des utérus, pour lesquels il y avait extension du processus d'infiltration sanguine, pour lesquels il y avait apoplexie utéro-placentaire.

Dans les cas douteux, on sacrifiera d'autant plus volontiers l'utérus qu'on aura affaire à des multipares, qui, d'une part, ont plus tendance à saigner, et, d'autre part, ont moins à souffrir physiquement et moralement de cette ablation.

Lorsque l'utérus aura été conservé, il sera nécessaire d'exercer une surveillance très attentive durant les heures qui suivront l'intervention. On sait en effet le redoutable pronostic des hémorragies secondaires; leur apparition commandera l'hystérectomie immédiate.

Telle est l'opinion généralement admise au sujet de l'hémorragie rétro-placentaire.

Cependant, ici même, à Bordeaux, M. le Professeur agrégé Marc Rivière, dans ses travaux et dans la thèse de notre camarade Coy, soutient des conceptions pathogéniques différentes et extrêmement importantes, car la sanction thérapeutique qui en découle est tout autre.

Se basant en particulier sur 16 observations minutieusement étudiées, il en dégage les notions suivantes :

— L'albuminurie est un signe inconstant et tardif; il n'apparaît en général qu'après le paroxysme hémorragique. L'albuminurie est un signe secondaire au coup de bélier hypertensif que l'on rencontre généralement à la base de ce syndrome.

— L'évolution du tableau de l'hémorragie rétro-placentaire passe par deux phases : d'abord une phase de spoliation sanguine pure; ensuite une phase où dominent les signes d'in-

toxication, signes croissants en fonction du temps écoulé; cette notion de temps écoulé est très importante, car c'est d'elle que va découler la conduite thérapeutique.

— Ces signes d'intoxication atteignent leur maximum dans les instants qui suivent la rétraction de l'utérus. « Tout se passe comme si l'utérus évacué soit chirurgicalement, soit par les voies naturelles, déversait en se rétractant des produits toxiques dans la circulation », tout comme il y a résorption toxique lorsqu'on lève le garrot appliqué sur un membre contus.

Quelles sont donc ces toxines et d'où viennent-elles ? Elles ne tiennent pas à l'étendue des foyers apoplectiques puisqu'on sait qu'il n'existe pas de parallélisme entre l'importance des lésions anatomiques et l'intensité des signes d'intoxication.

Or, c'est une notion de physiologie courante que tout travail musculaire excessif produit des toxines; la dureté ligneuse de l'utérus, seul signe constant, n'est pas autre chose qu'un travail musculaire excessif; à cette période de dureté fonctionnelle du muscle utérin fait progressivement suite une dureté anatomique; la fibre musculaire baignée dans les exsudats toxiques se modifie, devient granuleuse. Peut-être les signes d'intoxication sont-ils sous la dépendance des polypeptides libérés ?

En tout cas, cette théorie substitue à la notion classique de rétractibilité utérine la notion de temps écoulé; c'est d'elle seule que dépend la thérapeutique.

Les cas vus précocement sont justiciables de la thérapeutique minima : morphine, rupture des membranes.

Les cas tardifs ne reconnaissent qu'un seul traitement : l'hystérectomie en bloc, qui supprime le temps critique de la rétraction utérine.

Il manque à cette théorie, vers laquelle Portes avoue pencher secrètement, des données expérimentales précises, des dosages minutieux et très difficiles à réaliser en pratique; son auteur se propose néanmoins de poursuivre ses recherches dans ce sens.

De 1923 à novembre 1935, il a été pratiqué à la clinique et à la maternité 7 césariennes basses pour hémorragie rétro-placentaire; 6 fois il s'agissait de multipares. Une seule femme est morte, le soir de l'opération; il n'avait pas été pratiqué d'hystérectomie.

En ce qui concerne les enfants, 4 étaient morts au moment de l'intervention, 2 autres, nés vivants, ont succombé très vite; seul, celui dont la mère était primipare, s'est élevé normalement.

Obs. 265, Maternité, 1928 (Dr Balard).

I-pare de 21 ans à terme. Envoyée pour hémorragie au début du travail; la rupture spontanée des membranes n'arrête pas le suintement hémorragique. L'utérus est très contracturé; col ouvert comme 50 centimes; tête amorcée. Albuminurie. Tension artérielle normale. Pouls à 100. Température, 36°8. Les bruits du cœur ont tendance à fléchir. *Bassin*, rien à signaler.

Rachi. Césarienne basse sept heures après le début du travail, enfant vivant de 2 kg. 850; tête énucléée au forceps, caillots dans l'utérus; drain sus-pubien. Suites normales.

Obs. 357, Maternité, 1932 (Dr Balard).

IX-pare enceinte de sept mois; 8 grossesses normales. Bassin normal.

Entre à la Maternité avec un utérus très dur, col à 2 francs. Fœtus mort. Pas de température. Pouls à 140, arythmique. Muqueuses décolorées, facies terreux. Albuminurie. Tension artérielle : Mx, 12; Mn, 8. Morphine : l'utérus s'assouplit, mais le travail ne progresse pas.

Ether. Césarienne basse. Enfant mort de 2 kilos, l'utérus infiltré par endroits contient des caillots; une fois évacué il se rétracte bien. Sécacornine. Sérum glucosé. Sérum de Normet. Ouabaïne.

Décès dans la soirée.

Obs. 590, Maternité, 1933 (Dr Balard).

IX-pare de 35 ans, enceinte de sept mois et demi. Bassin normal. 8 grossesses normales.

Entre pour hémorragies; utérus constamment dur. Hauteur utérine : 32 centimètres. Auscultation négative; au toucher, col très épais, juste perméable. Pas d'albumine. Pouls à 100. Tension artérielle : Mx, 11; Mn, 8. Rupture large des membranes.

Ether. Césarienne basse. Enfant mort de 2 kg. 370. Placenta décollé. 450 grammes de caillots. Quelques placards ecchymotiques; l'utérus se rétracte bien.

En raison de la grande multiparité, de l'état psychique et de l'état actuel : stérilisation par ligature des trompes.

Suites excellentes.

Obs. 636, Maternité, 1934 (Dr Mahon).

VI-pare de 27 ans enceinte de sept mois et demi. Bassin normal. Syncope chez sa sage-femme. Utérus contracturé. Bruits du cœur douteux. Hauteur utérine : 28 centimètres. Albumine : 0. Tension artérielle : Mx, 12; Mn, 8. Assez bon état général.

Morphine. Trois heures après, hauteur utérine : 31 centimètres. Bruits du cœur : 0. Col long, fermé; orifice interne contracturé, impénétrable.

Rachi. Césarienne basse. Enfant mort de 2 kilos. Placenta décollé. 900 grammes de caillots, Malgré l'hémorragie, pas de shock.

Suites fébriles. Guérison.

Obs. Maternité, 1935 (Dr Mahon et Dr Forgeaud).

III-pare de 33 ans, enceinte de sept mois et demi. Bassin normal.

Perd du sang depuis le matin. Utérus dur. Col entier, admettant juste un doigt. Rupture des membranes.

Morphine. Spasmalgine. Albumine : 0. Tension artérielle : Mx, 13; Mn, 7.

Ether. Césarienne basse. Enfant de 2 kg. 300, qui crie, mais succombe vite. Placenta en partie décollé faisant hernie par la brèche utérine. 350 grammes de caillots. Le soir, état de choc très marqué. Pouls à 150; ouabaïne.

Guérison.

Obs. 227, Clinique, 1932 (Dr Mahon).

XIX-pare enceinte de sept mois et demi. Bassin normal.

Perd quelques caillots. Utérus peu contracturé. Bruits du cœur lents, faibles, irréguliers. Hauteur utérine : 31 centimètres. Traces d'albumine. Morphine.

Quatre heures plus tard, utérus tendu. Femme pâle, bâillant constamment. Hauteur utérine : 33 centimètres. Bruits du cœur très mauvais. Col entier ouvert comme 1 franc.

Rachi. Césarienne basse. Enfant de 1 kg. 900. Mort apparente, ranimé très difficilement et mort quatre heures après. Placenta décollé par 600 grammes de caillots.

Suites normales.

Obs. 679, Clinique, 1934 (Dr G. Péry).

II-pare de 21 ans, enceinte de sept mois. Bassin normal.

Dans la nuit du 30 août, vomissements, pertes de sang, quelques douleurs. A son arrivée à la clinique : facies un peu pâle. Utérus dur, constamment tendu. Hauteur utérine : 31 centimètres. Albuminurie. Tension artérielle : Mx, 13; Mn, 8. Bruits du cœur : 0. Col à 1 franc. Morphine. Rupture des membranes. L'utérus se relâche un peu, mais le travail n'avance pas. Hauteur utérine : 32 centimètres.

Rachi. Césarienne basse. Enfant mort de 2 kg. 200. Utérus normal se rétractant bien. Placenta en partie décollé. 235 grammes de caillots.

Suites normales.

TUMEURS *PRÆVIA*

Les plus fréquemment rencontrées sont les fibromes utérins et les kystes de l'ovaire.

I. — *Fibromes.*

Les fibromes du corps, facteurs de présentations vicieuses troublant souvent l'accommodation et la marche des contractions, entrent rarement dans la dystocie à titre de tumeur prævia.

Pour les fibromes du segment inférieur, deux éventualités sont à envisager : ou bien ils subissent le phénomène de l'ascension, débloquent le bassin, et l'accouchement, quoique allongé dans sa durée, va se terminer heureusement par les voies naturelles.

Ou plus souvent la tumeur, poussée par la présentation, vient encombrer l'excavation. La situation est alors sans issue. Si l'on n'intervient pas par voie haute, la rupture utérine est inévitable.

Les fibromes du col, s'ils sont rares, sont plus graves encore, car ils ne subissent pas le phénomène de l'ascension. Un fibrome du col gros comme un œuf de poule interdit l'accouchement par les voies naturelles.

Dans tous les cas où il existe une tumeur prævia par fibrome, il faut bannir toute opération de force, refoulement de la tumeur, forceps, version, manœuvres aveugles et dangereuses, qui exposeraient à des désastres.

Il faut, là encore, laisser faire l'épreuve du travail, espérer l'ascension de la tumeur, et, dans la négative, intervenir par voie haute. Bien entendu, c'est à la césarienne supra-symphysaire qu'il faut avoir recours. Elle sera suivie de myomectomie si l'énucléation est possible; dans le cas contraire, l'hystérectomie complétera l'intervention.

II. — *Kystes de l'ovaire.*

Les kystes abdominaux n'ont d'influence qu'en prédisposant aux présentations vicieuses.

Les kystes pelviens sont presque toujours cause de dystocie; l'accouchement spontané ne peut se produire que si la tumeur est très petite et suffisamment peu tendue pour être dépressible par la présentation, éventualité rare, sur laquelle il ne faut pas compter.

Lorsque le kyste forme tumeur prævia, l'accouchement abandonné à lui-même conduit inévitablement à la rupture utérine précédée ou non de la rupture du kyste. Plus peut-être qu'en cas de fibrome, il faut laisser de côté les manœuvres de force.

Il n'y a pas intérêt à laisser faire l'épreuve du travail. Dès le début du travail, lorsque le segment inférieur sera bien formé, l'accoucheur interviendra par césarienne supra-symphysaire, suivie d'extirpation du kyste et d'ovariectomie, complément opératoire généralement sans difficulté.

Ceci suppose que le diagnostic a été fait au cours de la grossesse. Lorsque malheureusement des femmes sont vues étant en travail depuis de nombreuses heures, épuisées, infectées, le pronostic fœtal et maternel est moins favorable.

Quatre kystes de l'ovaire prævia ont nécessité la césarienne basse.

Une femme est décédée de septicémie suraiguë. Elle était en travail depuis vingt-quatre heures, et, au moment de l'intervention, elle avait 38°7 de température et un pouls à 120. Une opération plus précoce eût probablement permis de sauver cette malade, et on ne peut faire tomber tout le poids de ce décès sur le compte de la césarienne basse.

Dans les 3 autres cas, suites excellentes pour les mères.

En ce qui concerne les enfants, 4 enfants vivants.

Fibromes et kystes de l'ovaire sont les tumeurs prævia les plus souvent rencontrées. On cite encore les tumeurs du

bassin. Entz, de Strasbourg, cite dans sa thèse un épithélioma du rectum. « On aurait pu surmonter probablement la dystocie par un forceps, mais la compression et le broiement de ces tissus cancéreux auraient exposé la femme à une infection nouvelle. On termine par césarienne basse avec bons résultats. »

Dans les registres de la Maternité se trouve une césarienne basse pour tumeur prævia constituée par un rein ectopique; comme il y avait rétrécissement pelvien surajouté, ce cas n'a pu prendre place dans ce travail.

Obs. 572, Maternité, 1928 (Prof. Andérodias).

Kyste de l'ovaire gauche intrapelvien. — Césarienne basse. Ovariectomie.

I-pare de 23 ans à terme. Bassin, rien à signaler.

Suivie pendant sa grossesse, pas d'hémorragies, quelques douleurs abdominales. Changements de position fréquents. Col derrière la symphyse. Le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur dépressible, de consistance assez uniforme, d'allure nettement kystique et qui plonge dans l'excavation en masquant la présentation.

La dilatation ne se fait pas, le fœtus souffre.

Dès le début du travail : éther (échec de la rachi). Césarienne basse. Enfant vivant de 2 kg. 880. Extériorisation facile et ablation d'un kyste dermoïde du volume de 2 poings.

Suites excellentes.

Obs. 666, Maternité, 1929 (Dr Balard).

Kyste de l'ovaire « prævia ».

I-pare de 23 ans, à terme. Bassin, rien à signaler.

Vue durant sa grossesse : une masse kystique à peu près médiane fait une forte saillie dans le cul-de-sac postérieur et refoule en avant derrière la symphyse le col utérin.

Dès le début du travail : anesthésie générale. Césarienne basse.

Ablation d'un kyste de l'ovaire gros comme un poing. Enfant vivant de 2 kg. 850.

Suites : phlébite double. Guérison.

Obs. 92, Maternité, 1935 (Drs Laffargue et Boursier).

Kyste de l'ovaire.

II-pare de 30 ans à terme. Première grossesse normale. Bassin normal.

Durant la grossesse, on a reconnu l'existence dans le cul-de-sac postérieur d'une tumeur lisse, arrondie, un peu molasse, grosse comme un fœtus de 6 mois et occupant tout le bassin.

Dès le début du travail : Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 300.

Extirpation d'un kyste dermoïde contenant des poils.

Phlébite double. Guérison.

Clinique, 14 août 1929.

Kyste de l'ovaire « prævia ». — Septicémie suraiguë. — Décès.

Début du travail le 13 avril; rupture dans la soirée de la poche des eaux. Est vue pour la première fois le 14 août; souffrance fœtale; température, 38°7; pouls à 120.

Dilatation complète, mais la tête n'est pas engagée; on sent à bout de doigt une fontanelle derrière la symphyse. Derrière la tête, on sent une masse aussi grosse qu'elle, dont rien ne la sépare. La paroi postérieure du vagin se continue sans ressauts avec le cul-de-sac postérieur, puis la face postérieure de l'utérus sans la moindre impression de col. Cette tumeur dure occupe le Douglas.

Rachi. Césarienne basse. La vessie, qu'on n'a pu cathétériser à cause de la position de la tête derrière la symphyse, gêne, et l'incision mord sur le corps. Enfant vivant.

L'utérus, très friable, saigne à chaque point.

On dégage et on ampute un kyste de l'ovaire droit pédiculé. Péritonisation difficile.

Dans la soirée, facies grippé, septicémique; pouls et température s'élèvent. Décès le 16 août.

La nécropsie confirme le diagnostic de septicémie.

MALFORMATIONS

L'indication opératoire se pose rarement pour malformations utérines. En effet, une malformation très accentuée, utérus double ou utérus à cloison complète, n'est guère compatible avec une grossesse à terme et se termine généralement par un avortement ou un accouchement prématuré; en tout cas, hormis les cas rares d'inertie utérine, le travail est normal.

L'utérus à cloison incomplète, plus apte à la fécondation que les précédents, est facteur de présentations vicieuses, et à ce titre est parfois justiciable de la section césarienne.

La corne non gravide d'un utérus didelphe en situation prævia peut faire obstacle à l'accouchement; on rencontre dans la littérature obstétricale quelques cas de césarienne basse pour indication de ce genre. Potocki en cite un cas. Trillat et Michon en rapportent un autre (*Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, mai 1933).

Nous-même avons relevé 2 observations, et très instructives, puisqu'il s'agit de la même femme, au cours de deux grossesses successives, à sept ans d'intervalle.

La première fois, on avait pris la tumeur prævia pour un fibrome, et, selon la règle, on avait attendu l'épreuve du travail. C'est seulement devant l'impossibilité de terminer l'accouchement par les voies naturelles, et du fait qu'une procidence du cordon s'était surajoutée, qu'on intervint par césarienne.

On réforma alors le diagnostic, mais l'intervention était tardive, et l'enfant était mort durant les préparatifs.

Instruit par l'expérience, au cours de sa troisième grossesse — entre temps, elle avait eu en effet une seconde gros-

sesse terminée par forceps et avec enfant mort-né — on intervint dans de meilleures conditions. Fait curieux, il semble que cette fois-ci, la corne gravide était celle qui, jadis, avait fait obstacle prævia.

Nous avons également relevé une troisième observation pour malformation vagino-utérine constituée par un vagin double et un utérus présentant deux cols; en outre, il y avait un léger rétrécissement pelvien. Mais comme l'enfant était petit (2 kg. 600), la disproportion n'était pas évidente, aussi nous l'avons retenu dans notre statistique.

Obs. 553, Maternité, 1925 (Dr Balard).

Vagin double. — Deux cols utérins. — Bassin légèrement rétréci.

I-pare de 18 ans, enceinte de huit mois et demi.

Le vagin est cloisonné. Au fond de chaque vagin, on sent un col utérin. Début du travail à huit mois et demi. Dilatation lente et pénible, intéressant également les 2 cols; après deux jours de travail, elle atteint 2 francs.

Césarienne basse. Enfant vivant de 2 kg. 600. Un seul utérus, à deux orifices. Dilatation aiguë postopératoire de l'estomac ayant cédé à des lavages d'estomac.

Obs. 38, Maternité, 1927 (Prof. Andérodias).

Utérus didelphe. — Procidence.

I-pare de 22 ans. Bassin, rien à signaler.

Suivie durant sa grossesse pour une tumeur occupant le cul-de-sac latéral gauche, grosse comme une orange, se contractant avec l'utérus et étiquetée fibrome. Le col utérin est haut situé contre la paroi droite de l'excavation.

La tête fœtale, coiffée du segment inférieur qu'elle distend, plonge dans l'excavation alors que le col est encore remonté.

Au cours du travail, les contractions n'ayant pas ramené le col dans l'axe, l'œuf étant ouvert et le cordon procident battant fai-

blement, on décide d'intervenir, malgré la mort de l'enfant, survenue pendant les préparatifs, la basiotripsie paraissant impossible.

Rachi, chloroforme, césarienne basse. Utérus unicorne gravide; à sa gauche, on découvre un second utérus couché dans la fosse iliaque gauche.

Suites opératoires difficiles. Guérison.

Obs. 212, Maternité, 1934 (Dr J. Péry).

(Même malade que *supra*.)

Première grossesse (vue); deuxième grossesse, forceps, enfant mort-né; troisième grossesse, actuelle, à terme.

Arrive à la Maternité œuf ouvert, col comme 2 francs, fortement refoulé à gauche. Dans le cul-de-sac latéral droit, on trouve une masse lisse, grosse comme le poing, l'utérus droit, pense-t-on, grâce à l'anamnèse.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 2 kg. 420. Pas de traces de cicatrice sur l'utérus, ce qui semble prouver que la première grossesse s'était développée sur l'utérus droit, celui-ci est profondément enclavé dans le bassin.

Suites excellentes.

DYSTOCIE D'ORIGINE CERVICALE

En 1921, Henrotay conseillait la section césarienne haute pour certaines sténoses et pour certaines rigidités du col. La césarienne supra-symphysaire permet d'envisager cette question plus largement encore.

Laissons de côté l'allongement hypertrophique du col, qui donne rarement indication à césarienne.

De même, les *fausses rigidités* survenues au cours du travail sont le plus souvent justiciables du traitement médical. Dues à l'irrégularité des douleurs, à une accommodation insuffisante, à la rupture prématurée des membranes ou à leur adhérence anormale au niveau du segment inférieur, elles cèdent aux médicaments accélérateurs ou modérateurs des contractions utérines.

Ces anomalies de la dilatation entrent plutôt comme constituantes d'un autre tableau clinique; nous les retrouverons au chapitre des dystocies du travail.

L'origine des *rigidités vraies* est triple : cicatricielle, syphilitique, néoplasique.

L'amputation du col ou opération de Schroëder laisse parfois après elle une cicatrice qui, tel un anneau rigide, peut faire obstacle à l'accouchement; de même les sténoses cicatricielles consécutives à des déchirures traumatiques survenues lors d'accouchements antérieurs : forceps, incisions du col, basiotripsie, simple multiparité; l'emploi intempestif des caustiques Filhos et néo-Filhos en applications trop prolongées dans le traitement des métrites cervicales contre lesquels se fait actuellement une juste réaction; de même enfin toutes les cicatrices fibreuses post-inflammatoires portant sur le col, qui transforment cet organe dont la dilatabilité à l'état

normal est considérable en anneau dur, rigide et inextensible.

La rigidité syphilitique. Il en est de deux types. Deux fois sur trois, le chancre du col est un obstacle à l'accouchement. Mais il est rare, car une femme se contamine exceptionnellement dans le dernier mois de sa grossesse.

Plus importantes sont les scléroses syphilitiques portant sur le col et le segment inférieur.

L'accouchement ne peut se faire que par effraction avec déchirures étendues remontant sur le segment inférieur.

Enfin, le cancer du col, s'il ne reste pas suffisamment de tissu sain pour permettre la dilatation, peut être cause de dystocie analogue.

A moins que la sténose ne soit telle que l'accouchement par les voies naturelles apparaisse manifestement impossible, il faudra attendre et suivre la marche du travail; l'intervention sera hâtée par l'apparition de complications : contracture irréductible, souffrance fœtale, infection amniotique.

En redressant un col selon l'axe des contractions utérines, en libérant quelques adhérences, en vrillant au besoin avec le doigt un col imperméable, on arrive à déclencher la dilatation. M. le Professeur Andérodias, dans son enseignement, en cite plusieurs exemples.

En cas d'échec, la dilatation artificielle du col nous apparaît comme une manœuvre dangereuse et inefficace, et nous la rejetons; pourquoi vouloir chercher à obtenir par la force ce que des contractions utérines bien dirigées n'ont pu obtenir ?

Les incisions du col demandent des conditions d'exécution spéciales : une présentation bombant dans le vagin, remplissant tout le segment inférieur, et surtout il est de toute nécessité que la grande circonférence de la tête fœtale ait franchi les insertions vaginales du col; le négliger serait s'exposer à des déchirures graves du segment inférieur lors du passage du diamètre maximum dont on ne pourrait préjuger l'étendue.

Nous avons vu dans un chapitre précédent les conditions de la césarienne vaginale; plus qu'ailleurs, elle est à rejeter ici, car les délabrements du col et du segment inférieur seraient portés à leur maximum.

Reste la césarienne supra-symphysaire, à condition d'être pratiquée après l'échec de l'épreuve du travail dont on aura pu attendre le rendement maximum à moins d'avoir eu la main forcée; on l'emploiera d'autant plus volontiers qu'on aura affaire soit à une primipare âgée avec des parties molles dont on ignore la souplesse, soit surtout à de grandes multipares à col usé, déchiré et porteur de cicatrices.

La rigidité secondaire, ou rigidité infectieuse, qui transforme le segment inférieur et le col en « une calotte de cuir bouilli », percé en son milieu d'un trou à bords épais, durs, mais indolores, sera également justiciable de la césarienne basse. Mais ici, elle cédera le pas aux dilatations artificielles et aux incisions du col.

Dans ce cas, l'importance du processus infectieux est telle que certains auteurs lui adjoignent l'hystérectomie. Nous pensons que cette dernière intervention doit être l'exception et que l'accoucheur doit avoir nettement pesé le pour et le contre avant de se décider « à vieillir une femme, en une heure, de vingt ans ».

A la Maternité et à la Clinique, durant la période qui nous occupe, la césarienne supra-symphysaire a été pratiquée 6 fois pour dystocie d'origine cervicale, avec d'excellents résultats fœtaux et maternels.

Dans 3 cas, il y avait une véritable atrophie, aplasie, pourrait-on dire, du col utérin.

Dans les 6 cas, l'épreuve du travail a été tentée, et c'est la coexistence de contracture irréductible, de souffrance fœtale ou d'infection amniotique qui a hâté l'intervention.

Bien entendu, nous ignorons tous les cas où la dystocie cervicale a été traitée par des procédés obstétricaux ou chirurgicaux différents.

Obs. 124, Maternité, 1931 (Dr Balard).

Rigidité du col.

I-pare de 35 ans à terme. Bassin sans disproportion avec le fœtus. On avait été frappé, durant la grossesse, par la consistance du col; on avait même rompu quelques adhérences au niveau de l'orifice interne. Entre à la Maternité, membranes rompues depuis dix heures, col comme 2 francs, à bords durs et œdématiés, malgré de bonnes contractions utérines. Contracture ne cédant pas au traitement habituel.

Rachi. Césarienne basse. Du fait de l'absence de cul-de-sac vésico-utérin, l'incision remonte sur le corps utérin; le péritoine est fixé à la face postérieure de la vessie. Enfant vivant de 3 kg. 450.

Drain. Suppuration de la paroi. Guérison.

Obs. 760, Maternité, 1933 (Prof. Péry).

Rigidité du col.

I-pare de 24 ans, à terme, spécifique. Bassin normal. Col très dur, épais, qui, malgré de bonnes contractions utérines, ne dépasse pas la dilatation de 2 francs. Pas de modifications sous l'influence de la morphine.

Chloro. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 150.

Suites : abcès du sein.

Clinique, 1926 (Drs Rivière et Lacouture).

Résistance de l'orifice externe du col.

I-pare de 21 ans, à terme. Bassin normal. Début du travail et rupture des membranes le 8 février à 16 heures. Dès 18 heures, perte de méconium. Tête élevée au détroit supérieur. Col effacé, peu accessible en arrière et en haut. Son orifice externe est ouvert comme une grosse lentille, il est circonscrit par un anneau très dur, inextensible, paraissant cicatriciel.

La femme nie tout écoulement et tout traitement pour métrite cervicale.

Quatre heures après, situation inchangée. Souffrance fœtale nette. La profondeur exagérée du vagin, l'élévation de la tête, rendent une intervention par incisions du col des plus hasardeuses.

Césarienne basse. Le péritoine, décollé, est fixé à la paroi par des pinces en cœur. On ne voit à aucun moment les anses intestinales.

Enfant de 3 kg. 620 couvert de méconium, difficilement ranimé; un circulaire serré.

Suites normales.

Obs. 33, Clinique, 1931 (Dr Mahon).

Anomalie de la dilatation par résistance du col.

II-pare de 33 ans à terme. Bassin normal. Première grossesse normale.

Le 9 janvier, rupture précoce des membranes.

Le 10 janvier, température, 38°2. Col ouvert comme 5 francs, effacé mais épais, dur et de consistance musculeuse à la périphérie. La présentation est un sommet bien fléchi en G.A.

Rachi. Césarienne basse. Segment inférieur très court, l'incision empiète sur le corps, mais dans une zone où on a réussi à décoller le péritoine.

Enfant vivant de 3 kg. 600. Sonde de Pezzer.

Suites normales.

Obs. 6, Clinique, 1934 (Dr Mahon).

Aplasie du col utérin.

I-pare de 32 ans, à terme. Bassin normal. Vagin court et large. Dans le fond, une ombilication à peine perceptible : le col utérin.

La malade perd les eaux à terme. Aucune contraction utérine. On dilate avec une pince l'orifice du col; l'index peut alors pénétrer dans un col court, inégal, rigide, inextensible. Bruits du cœur lents, pas de contractions.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 500. Un circulaire.

Broncho-pneumonie sévère apparue le troisième jour. Abcès de la paroi.

Exeat, guérie le 27e jour.

Obs. 813, Clinique (Dr G. Péry).

Anomalie de la dilatation par anomalie du vagin et du col.

I-pare de 24 ans, à terme. Bassin normal.

Suivie durant sa grossesse par le Professeur Andérodias, qui constate que le vagin se termine par un cul-de-sac unique, le col était déjà effacé. En le vrillant, on tombe directement sur les parties fœtales. Le cul-de-sac latéral gauche est quasi inexistant.

Dilatation, 1 franc; stationnaire après un jour de travail avec de bonnes douleurs.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 2 kg. 900.

Suites normales.

IRREGULARITES DU TRAVAIL

DYSTOCIE DU TRAVAIL

Dans ce chapitre se trouvent réunis un ensemble de faits assez dissemblables en apparence.

Un certain nombre de points leur sont communs :

— La lenteur ou l'arrêt du travail.

— Des troubles de la dilatation cervicale qui, ayant atteint un certain degré, demeure stationnaire ou régresse.

— Des modifications de la contractilité utérine, inertie ou hypertonie avec même contracture de l'anneau de Bandl; leur fréquence est plus grande chez des primipares jeunes, ou bien, au contraire, chez des primipares âgées dont le tissu utérin est de mauvaise qualité.

— Une présentation élevée qui ne s'engage pas quoiqu'il n'y ait pas de disproportion entre le volume du fœtus et le canal osseux; si ce dernier est touché, c'est d'une manière manifestement contingente.

— L'infection amniotique fatale avec ces œufs ouverts depuis un temps plus ou moins long et infectés par des touchers successifs.

— Enfin, aboutissant ultime des signes de souffrance fœtale grave : irrégularité et assourdissement des bruits du cœur; ralentissement permanent aux environs ou au-dessous de 100.

L'un de ces facteurs particulièrement accusé peut dominer le tableau clinique et lui imprimer une physionomie particulière. Chacun d'eux, isolé, est relatif; aucun à lui seul n'aurait suffi à justifier l'intervention; c'est leur synergie qui a fait admettre la césarienne comme meilleure thérapeutique.

Leur caractère commun est d'être survenus au cours du travail; rien ne pouvait les faire prévoir, et cependant l'accouchement ne se déroulait pas normalement; c'est pourquoi nous les avons groupés sous la même dénomination : dystocie du travail.

Autrefois, on aurait eu recours à des manœuvres diverses : dilatation artificielle du col, incisions du col, forceps, version, basiotripsie. Si la césarienne haute était pratiquée, elle l'était dans des conditions particulièrement mauvaises.

On intervenait souvent tardivement dans des cas infectés et se posait la question de l'hystérectomie complémentaire. Et ce n'était pas la faute de l'accoucheur, qui n'avait pu prévoir cette sorte de dystocie chez des femmes qui, par ailleurs, avaient pu présenter des accouchements antérieurs normaux.

Actuellement, la césarienne supra-symphysaire, qui en pratique n'a pas à faire la discrimination entre cas purs et cas impurs, permet d'envisager sans appréhension de telles parturitions.

Peut-on prévenir ces complications du travail ?

Certaines de ces femmes ont déjà eu des accouchements marqués d'une dystocie semblable (obs. 7, 635), les cas de contracture récidivante ne sont pas rares. Les antécédents défavorables mettront en garde l'accoucheur; mais chez des primipares jeunes ou chez des multipares à passé obstétrical jusqu'alors favorable, il se trouvera souvent en face de la dystocie constituée; l'extraction au plus vite de l'enfant lui sera possible avec de bons résultats, grâce à la césarienne basse.

Infection amniotique. — L'infection amniotique existe rarement à l'état isolé comme complication de l'accouchement; cependant, par son intensité, elle peut dominer la scène et amener le médecin à prendre une décision rapide quant à l'évacuation de l'utérus; aussi, dans le cadre de ce chapitre, nous avons voulu lui réserver une place à part.

La conduite à tenir est fonction du degré de l'infection.

Avec Bereni (thèse Bordeaux, 1935), prenant comme base

la température qui est le critère le plus fidèle de l'intensité du processus infectieux, nous considérons trois catégories :

1° température entre 37°5 et 38 degrés;
2° température entre 38 degrés et 38°5;
3° température au-dessus de 38°5.

La première catégorie est justiciable sans conteste de la césarienne basse; elle suffit à faire tomber la température, tout au plus la morbidité est-elle légèrement accrue.

Jusqu'en novembre 1935, il a été pratiqué à Bordeaux, à la Clinique et à la Maternité, 475 césariennes basses : 74 l'ont été alors que la température dépassait 37°5; pour cette première catégorie, mortalité nulle (Bereni).

Pour la seconde catégorie, les avis sont partagés; avec la césarienne basse, les résultats ne sont pas plus mauvais que ceux des autres opérations conservatrices (opération de Portes, 12 p. 100 de mortalité; césarienne basse, 15 p. 100). Ici, à Bordeaux, l'opération de Portes est peu pratiquée (1 seul cas en 12 ans) et on considère comme justiciable de la césarienne basse tous ces cas où l'infection amniotique se traduit par une température ne dépassant pas 38°5.

Dans 8 de nos observations (obs. 1016, 780, 594, 467, 579, 843, 237, 878) la température oscillait entre 38°1 et 38°8; mortalité nulle.

Lorsque la température dépasse 38°5, les résultats de la césarienne basse sont moins favorables : 1 décès sur 9 cas (Bereni); il ne nous donne pas, il est vrai, le taux de la mortalité lorsque l'infection amniotique a conduit à pratiquer l'hystérectomie.

Les cas très infectés avec 40 degrés de température, atteinte profonde de l'état général, ne peuvent se satisfaire d'une opération conservatrice; l'école strasbourgeoise elle-même, sous l'impulsion de Schickelé, qui, il y a quelques années encore, traitait ces cas par césarienne basse, admet actuellement, avec tous les accoucheurs, la nécessité d'une intervention mutilatrice. Ce n'est pas médire d'un procédé opéra-

toire, par ailleurs remarquable, que de tracer la limite de ses indications.

Depuis l'introduction à Bordeaux de la césarienne segmentaire, il a été pratiqué 28 interventions pour indications multiples avec les résultats suivants :

Un décès maternel par péritonite partiellement enkystée, décès survenu au douzième jour; la nécropsie montra un utérus parfaitement involué, sutures résorbées. Chez les 27 autres femmes, on compte 3 abcès de la paroi; c'est en effet un des inconvénients de la césarienne basse; encore peut-on y pallier dans une certaine mesure par la réfection de la paroi en un plan; le Docteur Mahon a récemment insisté sur ce point avec juste raison.

Nous avons donc 3,5 à 4 p. 100 de mortalité maternelle; ce qui est bien dans le cadre de la mortalité par césarienne basse en général.

Du côté fœtal : Une fois, l'intervention a été pratiquée l'enfant étant mort; la basiotripsie était impossible; il y avait menaces de rupture utérine.

Un enfant n'a pu être ranimé; un autre est mort à la douzième heure; un dernier enfin est mort de bronchopneumonie à douze jours. 24 résultats favorables.

Ces observations ont presque toutes porté sur les cinq dernières années; de telles complications existaient bien auparavant, mais les méthodes d'extraction étaient différentes. Leurs médiocres résultats et les excellents résultats de la césarienne supra-symphysaire dans d'autres domaines ont amené les accoucheurs à les faire bénéficier de cette intervention, et ceci au mieux des intérêts de la mère et de l'enfant.

Obs. 1016, Maternité, 1929 (Prof. Péry).

Non-engagement de la tête fœtale. — Anomalie de la dilatation. Souffrance fœtale. — Infection amniotique.

II-pare de 34 ans. Bassin normal. Travail à terme. Rupture prématurée des membranes. Tête mobile élevée sans tendance à l'en-

gagement. Après trente-six heures de travail, col fermé; bruits du cœur sourds; expulsion de méconium; température, 38°1.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 2 kg. 920. Hémorragie importante. Mèche. Suites pénibles : ballonnement abdominal. Phlébite. Guérison.

L'enfant présente du sclérème et meurt de broncho-pneumonie à 12 jours.

Obs. 345, Maternité, 1929 (Dr Boursier).

Défaut d'engagement. — Contracture. — Souffrance fœtale. Bras procident.

I-pare de 26 ans. Bassin normal. Durant sa grossesse, tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Rupture prématurée des membranes; procidence d'un bras irréductible; dilatation à 5 francs; contracture.

Morphine. Le col s'œdématie; l'enfant souffre.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 600.

Suites excellentes.

Obs. 780, Maternité, 1929 (Dr Balard).

Contracture utérine. — Infection amniotique.

II-pare de 36 ans à terme. Première grossesse : siège. Enfant mort. Bassin normal. Rupture spontanée des membranes, le col ayant conservé toute sa longueur. Utérus dur, contracturé. Expulsion de méconium. Température, 38°2.

Malgré la morphine, la dilatation ne se fait pas; la température monte.

Rachi. Césarienne basse. Odeur fétide du liquide amniotique. Drain. Enfant vivant de 3 kg. 150.

Suites : dès l'extraction de l'enfant, frisson; température, 40°6; pouls à 100.

Au deuxième jour, foyer pneumonique. Guérison.

Obs. 635, Maternité, 1930 (Dr Balard).

Contracture utérine. — Souffrance fœtale.
Insuffisance du travail.

II-pare de 33 ans à terme. Bassin normal.

Cinq ans avant, première grossesse avec contracture, col non effacé, enfant mort et basio.

Actuellement, après deux jours de travail, le col ne s'efface ni ne s'ouvre; contracture irréductible. Bruits du cœur mauvais. Expulsion de méconium.

Chloro. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 060.

Suites excellentes.

Obs. 520, Maternité, 1933 (Prof. Péry).

Longueur du travail. — Contracture utérine.
Tentative infructueuse de forceps.

IV-pare de 38 ans, à terme. Bassin normal.

Arrive à la Maternité, œuf ouvert depuis le début du travail, c'est-à-dire depuis deux jours. Œdème de la vulve et de la lèvre antérieure du col. Des tentatives de forceps font remonter la tête au détroit supérieur. Contracture.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 800.

Suites : Trois accès fébriles sans gravité. Guérison.

Obs. 594, Maternité, 1933 (Dr Balard).

Anneau de contracture retenant la tête au-dessus du détroit supérieur. — Infection amniotique. — Angustie légère.

III-pare de 35 ans à terme. Deux grossesses antérieures normales. Promontoire accessible, mais loin.

Entre en salle œuf ouvert. Col dur, long. Segment inférieur vide. La tête est retenue au-dessus du détroit supérieur par un demi-anneau de contracture en forme de croissant siégeant en arrière et sur le côté. Utérus dur et tendu. Morphine.

La température s'élève deux jours seulement après l'ouverture de l'œuf. Bruits du cœur moins bons.

Rachi. Césarienne basse, qui déborde sur le corps utérin. Enfant de 3 kg. 800 couvert de méconium.

Suites excellentes.

Obs. 472, Maternité, 1934 (Dr Mahon).

Non-engagement de la tête. — Anomalie de la dilatation. Contracture. — Souffrance fœtale.

I-pare de 19 ans, à terme. Bassin normal.

Après 20 heures de travail, dilatation à 5 francs; tête non engagée; utérus contracturé. Morphine. La rupture de la poche d'eaux n'amène pas de progrès. Bruits du cœur assourdis. Méconium.

Douze heures après, rachi, puis chloro. Césarienne basse. Enfant vivant de 2 kg. 730.

Suites excellentes.

Obs. 765, Maternité, 1934 (Prof. Péry).

Insuffisance des contractions. — Anomalie de la dilatation. Antécédents déplorables.

IV-pare de 27 ans, à terme. Bassin normal.

Antécédents. — Trois gros enfants extraits au forceps. Deux décès. Enorme adiposité. Col dur, scléreux, non effacé. Contractions très faibles.

Rachi. Césarienne basse qui déborde sur le corps. Enfant vivant de 3 kg. 300.

Suites excellentes.

Obs. 467, Maternité, 1935 (Dr Mahon).

Anomalie de la dilatation. — Infection amniotique.

I-pare de 33 ans. Bassin normal. Enceinte de huit mois et demi. Dès le début du travail, col entier, orifice externe fermé (aggluti-

nation); utérus tendu, peu de contractions. On libère l'orifice externe. L'orifice interne est comme 2 francs.

Rupture des membranes. Le sommet descend un peu. Morphine. Neuf heures après le début du travail, col à 2 francs épais et dur. Température, 38°7.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 2 kg. 600.

Suites excellentes.

Obs. juillet 1926, Clinique (Drs Rivière et Denis).

Défaut d'adaptation de la tête. — Anomalie de la dilatation. Circulaires.

I-pare de 23 ans à terme. Bassin normal.

Présentation très mobile; on avait pensé à un fœtus hydrocéphale. La radio l'infirme. Une version ramène la tête au détroit supérieur. La dilatation ne se fait pas. Etat d'exaltation marqué.

Trente-quatre heures après le début du travail, rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 2 kg. 830. Deux circulaires. L'incision empiète sur le corps.

Suites : abcès de la paroi.

Obs. 7, Clinique, déc. 1928 (Drs Gautret et Villar).

Défaut d'adaptation de la tête. — Troubles de la dilatation.

Première grossesse en 1926. Césarienne basse.

Deuxième grossesse à terme. Bassin normal.

Après trente-deux heures de travail, tête élevée au détroit supérieur, col en voie d'effacement, membranes rompues. L'enfant ne souffre pas. On attend encore une journée. Devant l'œdème du col et sa non-dilatation. Rachi. Césarienne basse. Hémorragie par inertie arrêtée par l'ergotine. Enfant vivant de 3 kg. 040 étonné.

Suites normales.

Obs. 737, Clinique, 1931 (Dr Mahon).

Longueur du travail chez une primipare âgée. — Troubles de la dilatation. — Souffrance fœtale.

Après vingt-quatre heures de travail, tête amorcée, non engagée; col à 5 francs. Bassin normal. Bruits du cœur mauvais.

Rachi. Césarienne basse. Enfant de 3 kg. 500 vivant, baigné de méconium.

Suites excellentes.

Obs. 172, Clinique, 1932 (Dr Mahon).

Non-engagement de la tête fœtale. — Arrêt de la dilatation. Souffrance fœtale.

I-pare de 31 ans. On intervient, car la tête reste élevée au détroit supérieur, la dilatation reste stationnaire à petite palmaire. Bruits du cœur mauvais.

Après vingt-cinq heures de travail : rachi. Césarienne basse. Enfant de 3 kg. 820 vivant.

Suites : guérison.

Obs. 94, Clinique, 1933 (Dr Mahon).

Non-engagement de la tête fœtale. — Troubles de la dilatation.

I-pare de 30 ans, à terme. Bassin, rien à signaler.

Après quarante-trois heures de travail, le col est à 5 francs; on rompt les membranes, le sommet reste élevé. Le col s'œdématie vite et ne se dilate pas.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 500.

Suites : guérison.

Obs. 579, Clinique, 1933 (Dr Mahon)

Non-engagement de la tête fœtale. — Insuffisance de la dilatation. Infection amniotique.

I-pare de 26 ans, à terme. Bassin, rien à signaler.

On intervient, car tête mobile au détroit supérieur; dilatation

à petite palmaire; température, 38°1; l'œuf étant ouvert depuis cinq heures.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 300.

Suites normales.

Obs. 845, Clinique, 1933 (Dr G. Péry).

Troubles de la dilatation. — Infection amniotique. Souffrance fœtale.

I-pare de 36 ans. Bassin normal.

Rupture prématurée des membranes. Vingt-quatre heures après, col entier, dur; température, 38°1. Malgré la morphine et la quinine, le col ne s'ouvre pas; la température s'élève; méconium; bruits du cœur mauvais.

Rachi. Césarienne basse. Enfant de 2 kg. 600 ranimé au carbogène.

Suites : phénopulmonaires sans foyer. Guérison.

Obs. 31, Clinique, 1934 (Dr G. Péry).

Non-engagement de la tête fœtale. — Insuffisance de la dilatation Souffrance fœtale.

II-pare de 23 ans, à terme. Bassin normal.

On intervient pour absence de la dilatation; tête élevée au détroit supérieur. Expulsion de méconium et bruits du cœur mauvais.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 280.

Suites normales, malgré une hémorragie du segment inférieur.

Clinique 1934 (Dr G. Péry).

Anomalies de la dilatation. — Longueur du travail. Souffrance fœtale.

I-pare de 29 ans à terme. Bassin, rien à signaler.

Après cinquante heures de travail avec des phases d'hypertonie, la dilatation est à 5 francs et ne progresse plus. Bruits du cœur irréguliers. Méconium.

Rachi. Césarienne basse. Blessure de la vessie. Enfant vivant de 3 kg. 300, qui meurt douze heures après.

Suites : Empâtement diffus du ligament large. Pyélite, Guérison.

Clinique, 1934 (Dr G. Péry).

Longueur du travail. — Anomalie de la dilatation.

I-pare de 35 ans, à terme. Bassin normal.

Aurait perdu les eaux depuis quatre jours lorsqu'elle entre à la Clinique. Dilatation à 5 francs. Tête au détroit supérieur. Malgré des douleurs régulières, état stationnaire.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 2 kg. 700.

Suites excellentes.

Obs. 237, Clinique, 1934.

Longueur du travail. — Contracture intense. Infection amniotique. Enfant mort.

I-pare de 22 ans à terme. Bassin normal.

En travail depuis quatre jours, œuf ouvert. A son arrivée à la Clinique, on trouve un utérus nettement divisé en deux par un anneau intense de contracture. Sommet non engagé en D.T. Col épaissi, lardacé, dilaté à petite palmaire. Bruits du cœur, 0; température, 38°6; pouls, 120. La contracture est irréductible. Tentative prudente de basiotripsie.

Anesthésie générale. Césarienne basse. Segment inférieur très mince. Enfant de 3 kg. 350 (sans matière cérébrale).

Suites : phlegmon du ligament large à droite. Phlébite double. Guérison.

Obs. 589, Clinique, 1934.

Contracture. — Anomalie de la dilatation.

I-pare de 20 ans à terme. Bassin normal.

Après vingt heures de travail, œuf ouvert; dilatation stationnaire à palmaire; tête amorcée. Volumineuse basse séro-sanguine. Contracture irréductible. Le col s'œdématie.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 200.

Suites : abcès de la paroi.

Obs. 878, Clinique, 1935 (Dr G. Péry).

Albuminurie. — Non-engagement de la tête fœtale. — Anomalie de la dilatation. — Infection amniotique.

I-pare de 16 ans à terme. Bassin, rien à signaler.

Malade albuminurique, très infiltrée. Tension artérielle : Mx, 25; Mn, 11. Sommet mobile au détroit supérieur. Col œdématié après trente et une heures de travail; l'œuf ouvert depuis cinq heures. Température, 38°8.

Rachi. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 450.

Suites excellentes.

Obs. 823, Clinique, 1935 (Dr Péry).

Anomalie de la dilatation. — Souffrance fœtale.

I-pare de 40 ans, obèse, à terme. Bassin normal.

Sommet non engagé. Col à 1 franc après un jour de travail. Phases d'hypertonie. Méconium. Bruits du cœur mauvais.

Rachi. Césarienne basse. Enfant de 2 kg. 800 qu'on ne peut ranimer.

Suites excellentes.

Obs. 435, Clinique, 1935 (Dr G. Péry).

Non-engagement de la tête fœtale.

V-geste de 39 ans. Spécifique. 4 avortements. Bassin normal.

A dilatation complète, on fait pousser la femme pour engager la tête (sommet en G.T.). Aucun résultat après deux heures d'efforts.

Ether. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 kg. 600.

Suites normales.

Obs. 360, Maternité, 1935 (Dr Boursier).

Défaut d'engagement. — Mauvais antécédents obstétricaux.

III-pare de 31 ans à terme. Bassin normal. Une basiotripsie et une césarienne pour gros enfant.

Au bout de quinze heures de travail, la dilatation atteint petite palmaire. La tête reste élevée, à bout de doigt et ne s'engage pas. Morphine.

Rachi. Césarienne basse. Quelques adhérences. Enfant vivant de 3 kg. 600.

Suites excellentes.

Obs. 419, Maternité, 1935 (Prof. Péry).

Contracture. — Non-engagement de la tête fœtale. Procidence d'un bras.

III-pare de 24 ans, à terme. Bassin normal.

Entre à la Maternité avec un utérus contracturé. Segment inférieur vide. En travail depuis un jour. Bras procident.

Ether (échec de la rachi). On emploie la technique de la césarienne basse, mais l'incision est corporéale. Enfant vivant de 2 kg. 830.

Suites fébriles. Guérison.

Obs. 203, Clinique, 1932 (Dr Mahon).

Longueur du travail. — Troubles de la dilatation. Souffrance fœtale. — Péritonite. — Mort.

I-pare de 28 ans. Bassin normal.

Epreuve du travail de quarante-trois heures. Dilatation à 5 fr. Souffrance fœtale.

Rachi. Césarienne basse atypique. Enfant vivant de 3 kilos.

Au douzième jour, péritonite. Drainage. Décès au vingt-troisième jour.

Nécro : péritonite généralisée mais partiellement enkystée. Utérus involué. Annexes normales. Sutures intactes.

Obs. 857, Clinique (Dr G. Péry).

Non-engagement de la tête fœtale. — Longueur du travail. Troubles de la dilatation. — Angustie légère.

I-pare de 26 ans, à terme. Promontoire accessible, mais pas de disproportion.

Après quarante-huit heures de travail, sommet non engagé, col ouvert comme 1 franc. La rupture des membranes ne fait pas avancer la dilatation.

Rachi. Césarienne basse. Technique de Michon. Enfant vivant de 2 kg. 900.

Suites : abcès de la paroi.

INDICATIONS ET RESULTATS

Dans un tableau d'ensemble, voici consignés les indications et les résultats :

	Nombre de cas	Décès	
		Mères	Enfants
Cardiopathies	1	»	»
Eclampsie	2	1	»
Gros enfants	16	2	1
Présentations vicieuses	13	2	2
Procidence du cordon	5	»	»
Hémorragie rétro-placentaire	7	1	6
Tumeurs prævia	4	1	»
Malformations	3	»	1
Dystocie d'origine cervicale	6	»	»
Irrégularités du travail	28	1	4
TOTAL	85	8	14

Pour établir un pourcentage il faut d'abord éliminer.

En ce qui concerne les enfants : 7 cas de décès avant l'intervention; 2 cas de décès dans les heures qui ont suivi la naissance (hémorragie rétro-placentaire). Enfin, 2 décès : un au onzième jour, un autre au douzième de bronchopneumonie, ne peuvent être imputables à la césarienne basse.

Restent 3 morts sur 86, puisqu'une des grossesses était gémellaire, soit 4 p. 100 environ de mortalité.

En ce qui concerne les mères, il faut éliminer de la même façon 4 cas : le premier dû à l'éclampsie, le second à l'hémorragie rétro-placentaire, le troisième à une rupture du segment

inférieur suivie d'hystérectomie, le dernier enfin consécutif à des incidents de stérilisation.

Restent 4 décès : 2 péritonites et 2 septicémies, soit 3 p. 100 environ de mortalité.

Ces chiffres ne sont pas négligeables; il est certain qu'ils pourraient être améliorés si les parturientes étaient vues plus tôt; mais ce sont là des raisons extramédicales.

Peut-on envisager une extension plus grande encore des indications de la césarienne supra-symphysaire ?

« Il serait téméraire d'emboîter le pas aux auteurs allemands (Hirsch, Doërfler), qui, insistant sur ce fait que l'enfant a droit à la vie autant que la mère, ne reconnaissent comme intervention obstétricale valable, à côté du forceps ou de la version, que la laparotomie pour césarienne. Pour Doërfler, la mortalité maternelle actuelle par césarienne serait de 0,2 p. 100, et la mortalité fœtale nulle. Mais de pareils résultats exigent des grossesses surveillées de près, des indications précises, un accouchement en milieu chirurgical. Dans les conditions actuelles, ces desiderata ne sont que rarement réalisés, somme toute. » (Rocmans, *Bruxelles médical*, 1932).

Dans l'état actuel de l'art obstétrical, la césarienne supra-symphysaire constitue une excellente opération; mais elle n'en comporte pas moins certains risques, ne seraient-ce que les risques de l'anesthésie. Nous avons gardé le souvenir de la fin lamentable de la jeune femme d'un de nos camarades, décédée au cours de la banale ponction lombaire pour rachianesthésie.

Terminons par ces sages paroles que Schickelé prononça en 1920, alors qu'il bataillait pour diffuser une méthode qu'il avait reconnue bonne : Ne croyez pas ceux qui viendraient vous raconter que l'art des accouchements est arrivé à son apogée, qu'il n'y a pas d'intervention nouvelle à trouver, plus d'indication spéciale à formuler, plus de questions passionnantes à étudier, tout au contraire. »

CONCLUSIONS

I. — L'expérience de la césarienne basse pratiquée à Bordeaux depuis douze ans a permis d'étendre, surtout dans un but fœtal, le champ des indications opératoires.

II. — Sur un total de 475 césariennes basses pratiquées à la Clinique d'accouchements et à la Maternité, de 1923 à novembre 1935, 85 l'ont été pour indications autres que dystocie pelvienne ou placenta prævia.

II. — C'est ainsi que la césarienne basse a été appliquée au traitement :

— de cardiopathies compliquant la grossesse;
— de l'éclampsie;
— du volume exagéré du fœtus;
— de présentations vicieuses;
— de la procidence du cordon;
— de dystocies d'origine cervicale;
— de malformations vagino-utérines;
— de tumeurs prævia;
— d'irrégularités du travail;
— de l'infection amniotique.

IV. — Ces indications n'ont pas toutes la même valeur; à propos de chacune d'elles, nous avons étudié les facteurs et les conditions qui les justifient.

V. — D'une manière générale dans tous les accouchements où la voie abdominale est indiquée, la césarienne basse entre

seule en ligne de compte, mises à part certaines impossibilités techniques.

VI. — Cette revue d'ensemble nous a permis de tracer les limites de la césarienne suprasymphysaire; en particulier, elle est insuffisante dans les cas gravement infectés et dans certains cas d'hémorragie rétro-placentaire, sinon dans tous.

VII. — Cette extension des indications de la césarienne basse est légitimée par les résultats immédiats (4 à 5 p. 100 de mortalité maternelle et fatale) et éloignés (possibilités de grossesses ultérieures).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
J. PERY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 février 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE (1)

Akinova. — Une section césarienne pour des indications exceptionnelles (paramétrite purulente). *Progrès médical*, 27 août 1932.

Andérodias. — L'opération césarienne basse. *Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, avril 1928.

— Soc. d'obst. et de gyn., 10 mai 1927 et *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, janv. 1928.

Andérodias et Balard. — L'avenir obstétrical des femmes opérées de césarienne basse. *Journ. de méd. de Bordeaux*, sept. 1931.

Andérodias et Mahon. — Dystocie par brièveté du cordon ombilical. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, mars 1933.

Andérodias et G. Péry. — Césarienne basse dans la présentation du siège. *Gyn. et obst.*, 1935.

Audebert. — Césarienne basse et hémorragie rétro-placentaire. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1929.

— Césarienne segmento-corporéale pour anneau de Bandl. *Toulouse médical*, oct. 1932.

Audebert et Estienny. — Césarienne pour procidence du cordon. *Toulouse médical*, 1er juin 1929.

(1) Une bibliographie complète de la césarienne basse pourrait remplir tout un volume. Nous nous sommes contenté dans cet index de noter les travaux qui nous ont paru les plus saillants, et, parmi eux, ceux de langue française.

Audebert et Estienny. — Quatre observations de présentation du front terminées par césarienne basse. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1930, p. 728.

Balard. — Notre expérience personnelle sur la césarienne basse. *Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, avril 1928 et déc. 1930.

— La puériculture, n° 10. La procidence du cordon, déc. 1928.

Balard et Mahon. — La place de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale. *Marseille médical*, avril 1928.

Bereni. — Césarienne basse et infection amniotique. Thèse Bordeaux 1935.

Bidoire. — De l'opération césarienne dans l'éclampsie et l'éclampsisme. *La gynécologie*, juill. 1933.

Brault. — La présentation du front. *Gyn. et obst.*, 1934.

— Les possibilités actuelles de la césarienne. *Progrès médical*, n° 6, 7 févr. 1931.

Beghin. — Césarienne basse pour fracture du bassin. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, nov. 1932.

Baux. — Césarienne basse après atrésie due au filhos. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, oct. 1932.

Brindeau. — Quelques réflexions à propos de la césarienne supra-symphysaire. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1922.

— La pratique de l'art des accouchements (Vigot).

Brindeau et Canonne. — Technique de la césarienne basse, indications, résultats. *Journ. méd. franç.*, 1er janv. 1930.

Beckers. — Le procédé de Phaneuf dans la césarienne basse. *Bruxelles médical*, 1929.

Brouha. — Faut-il réserver strictement l'opération de la césarienne abdominale aux cas purs ? *Gyn. et obst.*, 1920.

— A propos des indications de la césarienne supra-symphysaire. *Gyn. et obst.*, 1er mai 1926.

Brouha et Gosselin. — Césarienne basse dans le décollement du placenta normalement inséré. *Bruxelles médical*, mai 1929.

Burger. — Indications particulières de la césarienne basse. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, juill. 1926.

Caretto (C.). — Diverses indications de césarienne. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 6 janv. 1930.

Coco Valère. — La césarienne haute doit-elle être reléguée parmi les techniques surranées ? *Bruxelles médical*, 20 mai 1932 et 27 mars 1932.

— De la valeur et des indications respectives de la césarienne haute et de la césarienne basse. Soc. belge de gyn. et d'obst., 4 juin 1932.

Couturier. — Les opérations césariennes et leurs indications. Thèse Bordeaux, 1934.

Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Liége, 1930.

Couvelaire. — Indications de l'opération césarienne abdominale conservatrice en dehors des rétrécissements du bassin. *Gyn. et obst.*, 1921.

Canarzo. — *Rev. de gyn. et d'obst.* (94 cas de Sao-Paulo), janv. 1933.

Colle et Montagne. — Dystocie due à un volumineux kyste de l'ovaire intrapelvien. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, nov. 1932.

Coy. — Hémorragie rétroplacentaire. Thèse Bordeaux, 1934.

Dagorn. — Procidence du cordon. Thèse Bordeaux, 1933.

Delmas. — La vie médicale, 25 avr. 1930.

Devraigne, Seguy et Laleu. — Indications modernes de la césarienne basse. *Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 juin 1929.

Dubrisay et Jeannin. — Accouchement. 7e éd.

Entz. — La césarienne basse en dehors des dystocies osseuses. Thèse Strasbourg, 1930.

Favreau. — Les opérations césariennes abdominales et leurs indications. *Journ. des Soc. méd. de Lille*, 10 août 1930.

— Indications de la césarienne abdominale. *La gynécologie*, févr. 1931.

Fruhinsholz. — Sur un cas de césarienne basse chez une primipare âgée. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1928.

— Myomectomie et césarienne. *Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, avril 1932.

Fabre. — Précis d'obstétrique. VIIe éd.

Galaup. — Césarienne basse après tentative élevée de forceps. Thèse Bordeaux, 1932-1933.

Garipuy. — Césarienne après échec de forceps. *Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, mai 1933.

Gellé. — Thèse Lille, 1930, et *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1932.

Gonnet et Mermet. — Sténose cicatricielle après amputation du col. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, mai 1933.

Gonnet. — Césarienne pour dislocation de la tête fémorale. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1928.

Gilbert. — De l'extension des indications de la césarienne abdominale. Thèse Paris, 1935.

Grosse. — La césarienne basse pour infection utérine. *Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, 1928.

— Les résultats de la césarienne basse. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1929, p. 721.

Guéniot. — Quelle place doit encore occuper la césarienne haute. *La gynécologie*, déc. 1934.

— Césarienne haute pour épaule. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, mai 1927.

— Césarienne basse pour procidence du cordon. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, avril 1930.

— Epaule négligée et césarienne. *Bull. méd. de Paris*, oct. 1928.

Henrotay. — Indications des hystérotomies abdominales en dehors des angusties pelviennes. *Gyn. et obst.*, 1921, et *Bruxelles médical*, juin 1927.

Houel et Jahier. — Césarienne basse pour épaule. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1928.

Guitton. — La césarienne abdominale à Bordeaux en dehors des angusties pelviennes et des tumeurs. Thèse Bordeaux, 1926.

Hordern. — Thèse Bordeaux, 1930.

Jahier. — Césarienne basse pour hémorragie rétro-placentaire. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1929.

Kreis. — Procidence du cordon, épaule enclavée. Césarienne basse. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1930.

— Revue des cas mortels après césarienne basse. *Gyn. et obst.*, mai 1931.

Kon. — La césarienne abdominale dans l'éclampsie. Thèse Paris, 1932.

L'Huillier. — La césarienne basse à la clinique de Bordeaux de 1926 à 1930. Thèse Bordeaux, 1931.

Larret. — Chirurgie des épaules négligées. Thèse Bordeaux, 1932-1933.

Laffont et Fulconis. — Césarienne basse dans la présentation du siège. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, juin 1933.

Mahon. — Thèse Bordeaux, 1930.

Merger. — La césarienne tardive. *Gyn. et obst.*, nov. 1933.

— Epreuve du travail pour déterminer l'indication de l'intervention. *Gyn. et obst.*, déc. 1933.

Mello (O.). — Césarienne basse après échec d'embryotomie pour épaule négligée. *Rev. de gyn. et d'obst.*, déc. 1929.

Monnier. — Césarienne avec tumeur du petit intestin. *Marseille médical*, juin 1927.

Paasche. — La césarienne basse à Bordeaux. Thèse Bordeaux, 1927.

Pasteels. — Dystocie par kyste ovarien. Césarienne basse. *Bruxelles médical*, 11 déc. 1927.

Paucot. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1927.

Paucot et Gellé. — Césarienne basse pour fracture du bassin. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, juin 1933.

Piriou. — La présentation du front. Thèse Bordeaux, 1932-1933.

Péry (J.). — La césarienne basse à la Maternité de Pellegrin. *Journ. de méd. de Bordeaux*, sept. 1931.

Petit et Princeteau. — Césarienne pour fibrome prævia. *Rev. franç. de gyn et d'obst.*, juin 1928.

Picard. — Tumeurs de la vessie et césarienne. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, janv. 1927.

Portes. — A propos de l'apoplexie utéro-placentaire. *Gyn. et obst.*, 1935.

— Césarienne basse avec rupture utérine et fœtus mort. *Presse médicale*, juill. 1931.

Reeb. — Indications particulières de la césarienne. Soc. d'obst. et de gyn. de Strasbourg, juill. 1926.

Reeb. — Traitement des présentations de l'épaule négligées. *Gyn. et obst.*, 1921 et 1925.

Rivière (M.). — Césarienne pour procidence du cordon avant toute dilatation du col chez une secondipare à bassin légèrement rétréci. *Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, 1927.

— Deux nouveaux cas d'hémorragie rétro-placentaire. Soc. d'obst. et de gyn., 21 févr. 1928.

— Nouvelle contribution à l'étude clinique des hémorragies rétro-placentaires. *Gyn. et obst.*, 1935.

Rocmans. — La place actuelle de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale. *Bruxelles médical*, 17 avril 1932.

Rossier. — Indications de la césarienne basse. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1927, p. 283 à 287.

Schickelé. — Leçon d'ouverture. *Presse médicale*, 1920.

— Les interventions chirurgicales au cours de l'accouchement. *Gyn. et obst.*, 1920.

— Congrès de gyn. et obst. de langue franç. de 1921 et de 1925.

Sjövall. — Présentation du front. Traitement. *Gyn. et obst.*, 1934.

Sandoval de Carvalho. — Indication de la césarienne plutôt que de l'embryotomie avec enfant vivant. *Rev. de gyn. et d'obst.*, juin 1933.

— L'infection utérine n'est pas une contre-indication à la césarienne basse. *Rev. de gyn. et d'obst.*, sept. 1933.

Sesini et Gouillaud. — Césarienne pour sclérose cicatricielle du col. Soc. de gyn. et d'obst. d'Alger, 16 mai 1931.

Suzor. — Réflexions sur l'opération césarienne dans l'éclampsie. *L'hôpital*, déc. 1933.

Spireanu. — Traitement de l'éclampsie par la césarienne abdominale. Thèse Paris, 1926.

Sureau et A. Job. — Fibrome du segment inférieur. Césarienne, puis hystérectomie. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, mai 1929.

Trillat et Michon. — Dystocie par hémi-utérus non gravide. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, mai 1933.

Enquête sur les avantages comparés de la césarienne basse et de la césarienne classique. *Vie médicale*, 25 avril 1930.

Van Cauvenberghe. — Deux opérations césariennes en dehors du travail. *Bruxelles médical*, 1927.

Zajfstajn. — Césarienne abdominale dans l'éclampsie. Thèse Paris, 1934.

Zlatmann. — Œdème massif du col, indication à césarienne. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, févr. 1935.

19.463. — Bordeaux, Imprim. Delmas, Chapon, Gounouilhou, 6, place St-Christoly. — 1936.